



---

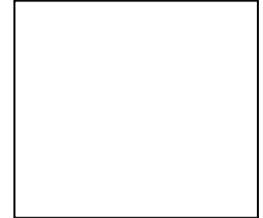
**DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR A LOS FINES DE OBTENER LA  
CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN:**

- 1) UNA FOTO CARNET 4X4.
- 2) UNA COPIA DEL TÍTULO DE PROCURADOR/A O ABOGADO/A  
CERTIFICADA ANTE ESCRIBANO/A PÚBLICO.
- 3) UNA COPIA SIMPLE DEL DNI.
- 4) FORMULARIO DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN.  
(INCORPORADO AL PRESENTE ARCHIVO)
- 5) FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA DE SALUD.  
(INCORPORADO AL PRESENTE ARCHIVO)
- 6) EXAMEN MÉDICO.  
(INCORPORADO AL PRESENTE ARCHIVO – SIEMPRE QUE LA/  
EL INTERESADA/ O SEA MAYOR A 41 AÑOS DE EDAD)



## Caja Forense de La Pampa

### SOLICITUD DE AFILIACION



----- AFILIACION

----- REAFILIACION

Santa Rosa,  de  de  .-

Señor Presidente:

Solicito mi afiliación a la Caja Forense de Abogados de La Pampa en razón que, por el ejercicio de mi profesión en esta provincia, me encuentro comprendido obligatoriamente en el régimen previsional establecido por la ley 1861.

Declaro bajo juramento los siguientes datos, comprometiéndome a informar los cambios dentro de los 30 días de producidos:

#### **1.- DATOS PERSONALES DEL AFILIADO.**

Código Afiliado:

Apellido(s):

Nombre(s):

Fecha Nacimiento  Sexo:  Nacionalidad:

Tipo Documento:  .Nº:

C.U.I.T/ C.U.I.L/ C.D.I Nº:

Condición I.V.A.:  Ing.Brutos

Fecha Inscripción Colegio de Abogados :  Tomo  Folio

Universidad:

Fecha Expedición de Título

Estado Civil:

#### **2.- DATOS DEL GRUPO FAMILIAR**

	Nombre(s) y Apellido(s)	Incapaci- tado Si o No	Sexo	Fecha Nacimiento	Documento	
					Tipo	Número
<b>Cónyuge</b>						
<b>Hijos</b>						

	Nombre(s) y Apellido(s)	Estan a su Cargo Si - No	Vive si-no	Fecha de Nacimiento	Documento	
					Tipo	Número
<b>Padre</b>						
<b>Madre</b>						

**3.- DOMICILIO REAL Y PROFESIONAL (\*)****DOMICILIO REAL**

Calle:  .N°

Localidad:  Código Postal:  Provincia:

Teléfono: Código Area:  Número:

**DOMICILIO PROFESIONAL**

Calle:  N°

Localidad  Código Postal:  Provincia:

Teléfono: Código Area:  Número

**4.- CORREO ELECTRONICO (\*)**

Dirección:  @

*\* Declaro bajo juramento que las direcciones (incluyendo la dirección de correo electrónico) consignadas en el presente formulario constituyen mis domicilios válidos (incluyendo el domicilio electrónico), los cuales tendrán plena eficacia jurídica a todos los efectos de esta afiliación a la Caja Forense de La Pampa. En consecuencia, se considerarán válidas y plenamente eficaces todas las notificaciones, comunicaciones, intimaciones y/o requerimientos que la institución previsional efectúe a cualesquiera de dichas direcciones, ya sean de carácter administrativo, extrajudicial o judicial. Asumo la obligación de mantener actualizadas las mismas (domicilio real, profesional y electrónico), comprometiéndome a comunicar cualquier modificación en forma inmediata. Mientras ello no ocurra, todas las notificaciones cursadas a cualesquiera de ellas se tendrán por válidas y plenamente oponibles. Asimismo, reconozco que la recepción en el servidor de correo electrónico informado producirá todos los efectos legales propios de la notificación, independientemente de mi efectiva lectura.*

**5.- SEGURO DE VIDA**

Compañía(s) Aseguradora

**6.- OBRA SOCIAL**

Nombre Obra Social:

TITULAR: AFILIADO  CÓNYUGE  PADRE/MADRE

GRUPO FAMILIAR CUBIERTO:

AFILIADO

CONYUGE

HIJOS MENORES

HIJOS MAYORES

PADRE

MADRE

OTROS

DETALLAR NOMBRE

DETALLAR NOMBRE PARENTESCO

**7.- REGIMENES PREVISIONALES**

Detalle de los regímenes previsionales en los que estuve y/o estoy comprendido:

REGIMEN	DESDE	HASTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Saludo a Ud. muy atentamente. -

.....  
FIRMA



# DECLARACION JURADA DE SALUD



CAJA FORENSE  
PROVINCIA DE LA PAMPA

CAJA FORENSE  
PROVINCIA DE LA PAMPA

## I. DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido		Fecha de Nacimiento	
Domicilio			
Localidad		Provincia	Código Postal
Documento (Tipo y N°)	Ocupación		
Fecha de Ingreso	Código del Profesional	Capital Asegurado	

## II. DATOS GENERALES

1) Altura <input type="text"/> cms.	Tensión Arterial <input type="text"/> Max.	¿Fuma Usted?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Peso <input type="text"/> Kgs.	<input type="text"/> Mín.	Cigarrillos por día	<input type="text"/>
2) ¿Ingiere algún medicamento en la actualidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo indique cuál y por qué _____			
3) ¿Presenta algún defecto físico, auditivo o visual? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo indique cuál y estado actual _____			
¿Es zurdo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

## III. DATOS SOBRE ENFERMEDADES

4) ¿Ha sufrido o sufre actualmente de:	Si	No
- Fiebre a intervalos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Repetidos ataques de diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Enfermedades dermatológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tos u otras enfermedades graves de las vías respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha sido rechazado como donante de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Se ha inyectado alguna vez drogas no prescritas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sudoración nocturna persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Infecciones inexplicables, ganglios linfáticos inflamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha consumido alguna vez estupefacientes y/o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido alguna vez transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
En caso afirmativo indique cuál y estado actual _____		
6) ¿Han habido en su familia enfermedades de posible carácter hereditario (cáncer, diabetes, hipertensión arterial, etc.) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Indique cuales y qué familiar las padeció _____		

**IV. DATOS SOBRE INTERNACION Y ESTUDIOS ESPECIALES**

6) ¿Ha sufrido algún accidente o herida, o ha sido sometido a alguna operación quirúrgica? Si  No

En caso afirmativo indique en que consistió y fecha \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7) ¿Le han realizado análisis clínicos, radiografías, electrocardiogramas u otro estudio diagnóstico en los cuales hayan surgido anomalías?

Si  No  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**V. DATOS SOBRE ESTADO ACTUAL DE SALUD**

8) ¿Está actualmente bajo tratamiento médico? Si  No

Indique tipo de tratamiento y causa \_\_\_\_\_

Indique nombre del médico tratante, dirección y teléfono \_\_\_\_\_

¿Concurre actualmente en forma diaria a sus tareas habituales? Si  No

En caso negativo indique por qué \_\_\_\_\_

**VI. PERSONAS DE SEXO FEMENINO**

9) ¿En caso de ser mujer:

¿Ha sufrido o sufre trastornos del aparato genital o mamas? Si  No

En caso afirmativo indique cuáles y tratamiento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Está usted embarazada? Si  No  ¿De cuántos meses?

¿Sus partos han sido normales? Si  No

**Declaro bajo juramento que las respuestas contenidas en este formulario son verídicas, precisas y completas. Autorizo a los médicos que me han asistido o examinado o que lo hagan en el futuro, a proporcionar los datos que posean o informen sobre mi salud o enfermedades padecidas por mí.**

Lugar \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Afiliado



CAJA FORENSE  
PROVINCIA DE LA PAMPA

# Examen Médico



CAJA FORENSE  
PROVINCIA DE LA PAMPA

## DECLARACIONES DE SOLICITANTE AL MEDICO EXAMINADOR.

**SOLICITANTE: Nombre completo:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado  Unido de hecho

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Documento (Tipo y número):** \_\_\_\_\_  
Dia Mes Año

**Por favor, conteste a su mejor saber y entender todas las siguientes preguntas:**

1.a. Nombre y dirección de su médico particular (si no tiene, último consultado) \_\_\_\_\_

b. Fecha y motivo de la última consulta \_\_\_\_\_

c. ¿Qué tratamiento o medicación se indicó? \_\_\_\_\_

2. ¿Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de:

- |   | Si                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Enfermedades o defecto de ojos, oídos, nariz o garganta  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mareos, desmayos, convulsiones, cefaleas, torpeza al hablar, parálisis o ataque cerebral, enfermedades de tipo mental o nerviosa?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Dificultad al respirar, ronquera o tos persistente, hemópfisis, bronqui-pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o enfermedades de sistema respiratorio?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataques cardíacos u otra enfermedad del sistema cardiovascular?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión frecuente o cualquier otra enfermedad de estomago, intestinos, hígado o vesícula? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Azúcar, albumina, sangre o pus en la orina, enfermedad venérea, piedra u otra enfermedad de los riñones, vejiga, próstata o aparato genital?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Diabetes, enfermedad de la tiroides u otras glándulas endócrinas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o cualquier otra enfermedad o defecto muscular u óseo incluyendo la columna, espalda y articulaciones?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Alguna deformidad, cojera o amputación?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Enfermedades de la piel, ganglios linfáticos, quistes, tumores, cáncer?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Alergias, anemia u otra enfermedad de la sangre?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Ha bebido alcohol en exceso? ¿Fue necesario tratarlo?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Observaciones:(indicar el número y letra del ítem y los comentarios que correspondan)

3. ¿En la actualidad, fuma usted o durante los últimos 12 meses ha fumado cigarrillos, cigarros, pipa o ha usado tabaco en cualquier forma? ( en caso afirmativo, de detalles; ¿cuántos al día?) \_\_\_\_\_

4. ¿Durante los últimos 10 (diez) años ha usado LCD, heroína, marihuana, cocaína, barbitúricos o cualquier droga narcótica, o ha sido tratado por abuso de drogas? \_\_\_\_\_

5. ¿Está usted actualmente sometido a observaciones, tratamiento o medicación por alguna enfermedad? \_\_\_\_\_

6. ¿Tiene usted la intención de buscar consejo médico, tratamiento o hacer cualquier prueba médica? \_\_\_\_\_

Observaciones:(indicar el número y letra del ítem y los comentarios que correspondan)

	Si	No
7.a.¿Tuvo alguna enfermedad física o mental aparte de las mencionadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Ha tenido alguna revisión, consulta, lesión u operación quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Ha sido paciente en hospital, clínicas, sanatorio u otro establecimiento médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Ha sido sometido a electrocardiograma, rayos X u otro otro tipo de análisis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Se le ha aconsejado algún análisis, hospitalización u operación que no se hubiera realizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha tenido aplazamiento, rechazo o reducción del servicio militar por deficiencia física o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha solicitado o percibido alguna vez indemnización por incapacidad de cualquier tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Hay en su familia antecedentes de tuberculosis, diabetes, epilepsia, cáncer, hipertensión, enfermedad sanguínea, renal o mental (incluido suicidio)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1 Estatura: <input type="text"/> m. <input type="text"/> cm. 2. Peso vestido: <input type="text"/> kgs.		
3. Presión arterial: Máxima: <input type="text"/> Mínima: <input type="text"/>		
12. ¿Ha tenido cambios en su peso los últimos 12 meses? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Aumento: <input type="text"/> kgs. Disminución: <input type="text"/> kgs.		
13. ¿Ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual (sífilis, hepatitis "B", etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Tiene usted algunos de estos síntomas sin explicación:fatiga, pérdida de peso, diarrea crónica, ganglios inflamados o extrañas lesiones en la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. a. Si la solicitante es mujer: ¿Ha tenido trastornos serios en la menstruación, embarazos, genitales o pechos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Si está usted embarazada, ¿Ha tenido problemas en su gestación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Tiene usted medicina prepaga u obra social? por favor indique cuál y su número.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		

DECLARO bajo juramento que las respuestas anteriores son completas y verdaderas y forman parte de la solicitud de Afiliación a la Caja Forense de La Pampa y AUTORIZO, dentro de los límites legales, a solicitar informes acerca de mí salud.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Afiliado

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Examinador



**Análisis de Orina y  
Examen microscópico.**  
(Informe del Bioquímico)



**Radiografía de torax.**  
(Informe del radiólogo)



**Electrocardiograma.**  
(Informe del cardiólogo)



**Análisis del HIV.**  
(Informe del médico)



22. ¿Se detectó en el examen físico alguna anormalidad? (subraye el tema y detalle)

a. Ojos, oídos, boca, nariz, faringe, (si la vista o el oído están afectados, indique el grado de corrección) \_\_\_\_\_

b. Piel, ganglios linfáticos, arterias periféricas o venas varicosas \_\_\_\_\_

c. Sistema nervioso (incluye reflejos, forma de andar, parálisis) \_\_\_\_\_

d. Aparato respiratorio \_\_\_\_\_

e. Abdomen (incluye cicatrices) \_\_\_\_\_

f. Aparatos genitourinario (incluye próstata) \_\_\_\_\_

g. Sistema endócrino (incluye tiroides y senos) \_\_\_\_\_

h. Aparato locomotor (incluye columna, articulaciones, deformaciones) \_\_\_\_\_

23. ¿Hay alguna hernia? \_\_\_\_\_

24. ¿Tiene Ud. conocimiento del historial médico adicional? \_\_\_\_\_

25. Análisis de orina: Densidad:  Albúmina:  Glucosa:

**Envíe la muestra a un laboratorio para examen microscópico en los siguientes casos:**

- a) A instancia de la Caja Forense.
- b) La presión arterial es superior a 140/90
- c) La presión arterial es superior a 140/90
- d) Si observa alguna anormalidad en la muestra
- e) Si hubiera albúmina o glucosa en la orina, o diabetes en la familia
- f) Antecedente de enfermedades de riñón, próstata, vejiga (aparato genitourinario)

26. ¿Conoce Ud. o sospecha alguna anomalía en cuanto a la salud, carácter o costumbres del afiliado, que no se haya indicado? Si  No

# DICTAMEN FINAL

El estado general se puede resumir como: Bueno  Regular  Malo

Examen médico realizado el día: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ hs.

Localidad: \_\_\_\_\_

en: Lugar de trabajo  Domicilio del afiliado  Consultorio del médico examinador  Otro

Observaciones :

\_\_\_\_\_  
Firma del médico examinador

\_\_\_\_\_  
Firma del afiliado en  
prueba del examen

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico examinador

\_\_\_\_\_  
Dirección y teléfono del médico examinador



**CAJA FORENSE**  
PROVINCIA DE LA PAMPA