

APELLIDO Y NOMBRE: _____ FECHA NACIMIENTO _____

DOMICILIO _____ EDAD: _____ TEL: _____

1. a Nombre y dirección de su médico personal (si no tiene, declárelo así) _____
- b Fecha y razón de la última consulta _____
- c ¿Qué tratamiento se le dio y qué medicamento fue prescrito? _____

2. **¿Ha sido usted alguna vez tratado para o ha tenido alguna indicación conocida de:** **SI** **NO** **SI** **NO**

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> a Cualquier defecto de la vista, oídos, nariz o garganta? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b Mareos, desmayos, convulsiones, dolor de cabeza, defectos al hablar, parálisis o ataque, desórdenes nerviosos o mental? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c Falta de respiración, persistencia de ronquera o tos, escupir sangre, bronquitis, pleuresia, asma, efisema, tuberculosis o desorden crónico respiratorio? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d Palpaciones dolorosas del pecho, presión alta, fiebre reumática, soplos en el corazón, ataque cardíaco o cualquier otro desorden del corazón o de las arterias? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, diarreas a repetición, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otro desorden del estómago, intestinos, hígado o vesícula? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> f Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, piedras o cualquier otro desorden de los riñones, vejiga, próstatas u órganos reproductivos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g Diabetes, tiroides o cualquier desorden glandular? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> h Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o cualquier desorden de los músculos o huesos incluyendo la columna vertebral o articulaciones? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> i Deformación, renguera o amputación? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> j Desorden de la piel, glándulas linfáticas, quiste, tumor o cáncer? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> k Alergias, anemia o cualquier otro desorden de la sangre? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> l Uso excesivo de alcohol, tabaco o uso habitual de drogas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m Cualquier desorden mental o físico no mencionado aquí? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <ol style="list-style-type: none"> 6. HISTORIA FAMILIAR: Tuberculosis, diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedades del corazón o riñones, enfermedad mental o suicidio? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. Está usted actualmente o ha recibido tratamiento de fertilización asistida? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. Mujeres Solamente: <ol style="list-style-type: none"> a ¿Ha tenido algún desorden con su menstruación, embarazo o sus órganos femeninos o sus senos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b ¿Está usted ahora embarazada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|--|---|

3. **¿Está usted bajo observación o tratamiento médico?**

4. **¿Ha tenido algún cambio de peso importante el año pasado?**

5. **Fuera de lo anterior, ¿ En los últimos dos años?:**
 - a Ha realizado un chequeo, consulta, o tenido una enfermedad, lesión o cirugía?
 - b ¿Ha estado internado en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica?
 - c Se le ha realizado electrocardiograma, rayos-X, u otra prueba de diagnóstico?
 - d ¿Se le ha indicado una práctica diagnóstica para una intervención quirúrgica que no fue realizada?

DETALLES: (Use el espacio a continuación para dar datos completos en caso de que cualquier pregunta haya sido contestada "SI". Especifique cada enfermedad, lesión, dando la fecha, duración, gravedad, resultados, nombres con direcciones de médicos y lugar de atención, etc)

	Edad si Vive	Causa de Muerte	Edad al morir
Padre			
Madre			
Hermanos y Hermanas Vivos			
Muertos.....			

Declaro que las respuestas dadas arriba son ciertas y completas a mi mejor saber y entender, y estoy de acuerdo en que sean consideradas como base para la cobertura previsional.

Fecha: día _____ de _____ de 20 _____

FIRMA

INFORME DE AUDITORIA MEDICA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

____/____/____
FECHA

FIRMA MEDICO AUDITOR

SE PROPONE EL INGRESO

PREEXISTENCIAS:

NO SI

Cuáles: _____

Toda declaración falsa o reticencia en la información proporcionada en esta ficha por parte del postulante faculta a la Caja Forense de la 2da. Circunscripción Judicial a no prestar la cobertura reglamentaria relacionada con el falseamiento u ocultación sin perjuicio de lo dispuesto en el art. 16 de la ley que regula la Institución o el que en el futuro lo sustituya.

FIRMA