



Caja Forense
PRIMERA CIRCUNSCRIPCIÓN SANTA FE

DECLARACIÓN JURADA

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE COMPLETO

TIPO y NUMERO DE DOCUMENTO

TITULAR O VINCULO FAMILIAR

ENFERMEDADES Y/O MALFORMACIONES CONGENITAS

Marque lo que corresponde ✓.

SI

NO

ACLARACIÓN

CARDÍACAS

NEUROLÓGICAS

MÚSCULO ESQUELÉTICAS

OTRAS

ENFERMEDADES ADQUIRIDAS

Marque lo que corresponde ✓.

SI

NO

ACLARACIÓN

CARDIOVASCULARES

APARATO RESPIRATORIO

APARATO DIGESTIVO

NEUROLÓGICA

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

NEUROLÓGICA

SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

GENITOURINARIAS –
RENALES

GENITOURINARIAS –
VÍAS URINARIAS

GENITOURINARIAS –
APARATO GENITAL

MÚSCULO ESQUELETICAS

SANGRE Y ÓRGANOS
LINFÁTICOS

ÓRGANO DE LOS SENTIDOS
VISIÓN

ÓRGANO DE LOS SENTIDOS
AUDICIÓN

ÓRGANO DE LOS SENTIDOS
OLFATO

ÓRGANO DE LOS SENTIDOS
GUSTO

PSIQUIÁTRICAS

GLANDULARES

OTRAS



Caja Forense

PRIMERA CIRCUNSCRIPCIÓN SANTA FE

ENFERMEDADES – SINTOMAS – SIGNOS SELECCIONADOS

Marque lo que corresponde ✓.

SI NO ACLARACIÓN

DIABETES

HIPERTENSIÓN

ALERGIA

ENFERMEDADES
INFECTOCONTAGIOSAS

HIV SIDA

HEPATITIS

ALTERACIONES DE LÍPIDOS

ADICIONES A DROGAS-
MEDICAMENTOS

ABUSO DE ALCOHOL

TABAQUISMO

TUMORES

INTERVENCIONES
QUIRURGICAS

EMBARAZO ACTUAL

GESTOSIS (MANIFESTACIONES
TOXÉMICAS DEL EMBARAZO)

ABORTOS ESPONTÁNEOS

CESAREAS

OTRAS

MEDICAMENTOS DE USO HABITUAL

ACLARACIÓN

-Declaro conocer el Reglamento General y me doy por notificado de lo atinente a carencias y sus términos y pre-existencias del firmante.

- Asimismo me notifico que antes de efectuar consultas y/o trámites y/o intervenciones por cualquier motivo fuera de jurisdicción de Caja Forense deberé consultar en Área Salud.

- Caso contrario se desconocerá lo relativo a ello.-

-El/la suscripto/a declara bajo juramento que la información precedentemente suministrada es auténtica.

FIRMA

ACLARACIÓN