



Ushuaia 12 de Septiembre de 2011

Señor Presidente
 Consejo Deliberante
 Ciudad de Ushuaia
 Sr. Damián De Marco
 S _____ / _____ D

De Nuestra mayor consideración:

Nos dirigimos a Usted para solicitarle por su intermedio se autorice la ausencia del Sr. Albo, Juan Manuel, DNI. 30.251.498, propietario de la licencia N° 015 por razones de enfermedad de un familiar directo (su padre) que requiere cuidados intensivos en la ciudad de Buenos Aires. El tiempo aproximado del tratamiento es de 12 meses.

Adjunto a la misma documentación respaldatoria de dicho tratamiento

- Autorización de traslado
- Informe Anatomopatológico (biopsia)
- Tratamiento de radio terapia y Quimioterapia
-

atentamente Sin otro particular lo saludamos

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	12/09/11 Hs. 15 ⁰⁰
Numero:	789 Fojas: 4
Expte. N°	473/07
Girado:	
Recibido:	<i>[Handwritten signature]</i>

Caracas - Puerto

FORMULARIO PERSONAL DEL AFILIADO

FAX NO. 1 800 1 43 53 14

Jul. 26 2011 10:17AM P1

AUTORIZACION DE TRASLADO A CAPITAL FEDERAL

DE: Delegación
A: GERENCIA MEDICA
Datos del Afiliado

Fecha: 26/07/11

Apellido y Nombres: *Alco Luis* N° de Afiliado: *5232400*
 Pien: *MASSCO* Localidad: *MA*
 Fecha de nacimiento: *26/4/75* Edad: *36*
 Diagnóstico: *Ins. Respirator*

Características del Traslado PROGRAMADO URGENCIA EMERGENCIA

Terrestre Aéreo Ambulancia Otros:
 Por falta de complejidad Por déficit o ausencia de servicio Otros:
 Origen: *MA* Destino: *CA* Dist. en KM: *3500*
 Tratamiento Ambulatorio De Internación Institucional Otros:
 Acompañante SI NO Acreditaciones anteriores NO SI Fecha:

Observaciones Prestadora Tel: *44443 - 15601334*

Se solicita traslado de paciente a Caracas por falta de complejidad en la atención de su enfermedad (Ins. Respirator) en la Delegación de Maturín.

Se avala el traslado (firma - sello auditor - prestadora)

Dir. Vidt 1924 - Charcas y Guaymas (Pueblo)

Se adjunta: Nota de derivación

Derivación del médico tratante con resumen de HC y Diagnóstico

RESERVADO SELE CENTRAL

CORRESPONDE NO CORRESPONDE

Se autoriza

TRASLADOS PACIENTE PASAJES AUTORIZ

TRASLADOS ACCOMPANANTE PASAJES AUTORIZ

AYUDA ECONOMICA DIAS AUTORIZADOS VALOR X DIA \$
 VALOR TOTAL \$

Firma - Sello - Fecha

Dir. Vidt 1924 - CHARCAS y Guaymas (Pueblo)

PRESTADORA
MEDICINA SA
CAJUTIPU ALTIPLAN
Asesorado
Doc. Jero M
519 6000 / 26/07/11

Informe Anatomopatológico

Paciente: Albo, Luis
Médico: Dra. Matiocevic, Silvina
Fecha: 20/jul/2011

Protocolo: 135332
Procedencia: Ambul- UP
Afiado: 5232400
Edad:

Material: Inmunohistoquímica (biopsia pulmonar).

Examen Macroscópico

Se recibe para revisión y estudio inmunohistoquímico taco de parafina N° 15495/1. Se efectúan cortes con H.E. para control del material correspondiente.
Se adjunta informe firmado por la Dra. Bertorello, Mariela.

04-08-2011 - ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO (Dr. A. Arra) (038.978)

Se realizaron técnicas de inmunohistoquímica según el método de Streptavidina-Biotina-Peroxidasa. La recuperación antigénica fue realizada con digestión enzimática y/o horno a microondas más olla a presión y buffer de citrato. El revelado se efectuó con diaminobenzidina. Se utilizaron los siguientes anticuerpos poli y monoclonales:

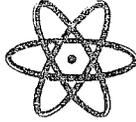
* Keratina 20	Negativo.
* Keratina 7	Positivo.
* SP-A (Anti-Surfactante)	Negativo.
* Vimentina	Negativo.

DIAGNÓSTICO: Los caracteres morfológicos y el perfil inmunológico corresponden a un Adenocarcinoma de pulmón.

dr.



Daniel M. González Cueto
MEDICO PATOLOGO
M.N. 22.411
N° ESP. 0047



VIDT CENTRO MEDICO
Excelencia en Terapia Radiante
INSTITUCION AFILIADA A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.B.A.
CENTRO ASOCIADO A RADIATION THERAPY SERVICES - U.S.A.

Buenos Aires, 6 de Septiembre de 2011

Doctor/a

RE, JUAN PABLO

Distinguido colega:

Le envío a usted el informe del tratamiento realizado a la
Sr/a. ALBO, LUIS ALBERTO.

CAMPO

COLUMNA DORSAL

DOSIS

4000 -cGy-

Saludo a usted muy atentamente,

Dra. Maria Luisa Filomia
M.P. 31653

GESTION DE LA CALIDAD BAJO NORMAS ISO 9001:2008 CERT. N° 01 10006 095439

Vidt 1924 / 32 (1425) Capital Federal - Tel.: 4824-6326 y 4821-8684 (Líneas Rotativas) - Fax: (54-11) 4825-0727
E-mail: info@vidtcm.com.ar - Web Site: <http://www.vidtcm.com.ar>