

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
1129 1/30	
CONTRIBUYENTES INGRESADOS	
Fecha: 27/9/12	Hs. 13
Numero: 1129	Fojas: 30
Expte. N°	181/12
Girado:	
Recibido:	<i>cos. Cohen</i>

USHUAIA, 27 de Septiembre de 2012

CONSEJO DELIBERANTE DE LA CIUDAD DE USHUAIA

SEÑOR PRESIDENTE
DAMIAN DE MARCO.

Por medio de la presente y por su intermedio
tenga a bien dirigirla a la comisión que corresponda.

Solicitud:

Se analice la posibilidad de otorgarme una Licencia de Taxi.
Para poder realizar una actividad laboral digna y con ello lograr una
inserción social y laboral acorde a mis capacidades.

Situación social:

Divorciado, dos hijos (viven con la madre en Pov. de Buenos Aires),
sin vivienda propia, sin familia en la ciudad de Ushuaia.

Situación económica:

Actualmente percibo el beneficio de retiro por invalidez, otorgado por
ANSES bajo el Art.49 de 24.241 con fecha 08/10/2010, apoderado de
un reciente emprendimiento, el cual aún no genera ingresos.

Situación laboral:

El día 29 de Agosto del corriente año, ante la imposibilidad de concretar
un acuerdo económico con mi Pseudo Empleador y pre existiendo un
crédito a mi favor que no ha sido saldado, decidí finalizar esta difícil
situación de dependencia y abuso.

Antecedente laboral:

Pre existiendo dolencias y el posterior dictamen de discapacidad,
sumada la necesidad de un ingreso superior al beneficio que percibía,
me he vi obligado a trabajar en forma no regulada.
Siendo objeto de explotación y manipulación, incitando a otros a trabajar
en idéntica modalidad para la misma empresa, poniendo en riesgo
capital ajeno, salud y calidad de vida.

Historial Medico:

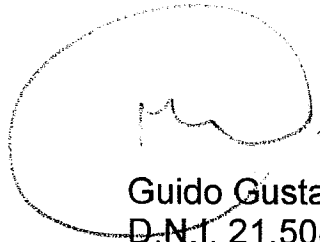
El 09/08/2010 diagnostican signos degenerativos Uncoartrosicos, incipientes en los niveles lumbares y cervicales marcados en C6-C7. La necesidad de continuar laboralmente activo a pesar de la mencionada lesión, conlleva como consecuencia directa, a una impostergable cirugía cervical realizada el 00/00/000 por el Doctor Cabrera.

Esta práctica quirúrgica me ha permitido sobrellevar las dolencias y tener una mejor calidad de vida, la que debo de cuidar no realizando esfuerzos físicos.

Por esta situación de vulnerabilidad en la que me encuentro, apelo a vuestra voluntad y facultades para tratar esta solicitud en particular.

Adjuntando para mayores detalles, copias de documentación respaldatoria a lo expuesto.

Sin otro particular saludo a Usted/es,
muy atentamente.



Guido Gustavo Dyluk
D.N.I. 21.508.895

De: DYLUK <dyluk@hotmail.com>
Enviado el: miércoles, 29 de agosto de 2012 10:56 a.m.
Para: JUAN OSYCKA (juan.osycka@osian.com.ar)
Asunto: Situacion actual Zona 225 Ushuaia

Juan

Por este medio formalizo lo hablado telefónicamente.

Ante la imposibilidad de concretar un acuerdo económico y pre existiendo

un crédito a mi favor de \$ 81877.50 que a la fecha no ha sido saldado, a pesar de estar vencidos los plazos.

Procedo a la entrega del local con Carga correspondiente a devoluciones, recuperos y desmantelado de C-13, premios

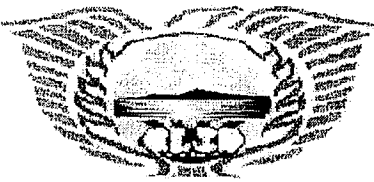
Lideres y Premios Revendedoras

recibidos en el día de ayer.

Mas toda documentación correspondiente a la gestión.

Atentamente.

Gustavo Dyluk
OSIAN LOGISTICA & DISTRIBUCION
Polidoro Seguers N° 77
Tel. 02901-435829
Cel. 02901-15418369
Ushuaia - Tierra del Fuego



CERTIFICADO N°: ARG-02-00021508895-20110503-20160503-FGO-28

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO, ANTAÑETA Y ISLAS DEL ATLANTICO SUR.

APELLIDO Y NOMBRES: DYLUK, GUIDO GUSTAVO
 TIPO Y NRO DOC.: D.N.I. - M - 21508895 N° CUIT/CUIL: ----- F/NACIMIENTO: 01/7/1970

DIAGNOSTICO:
 Trastorno de disco cervical con radiculopatía Trastornos de disco lumbar y otros, con radiculopatía

DIAGNOSTICO FUNCIONAL:
 FUNCIONES CORPORALES: b2802.3 b2803.3 b7201.2

ESTRUCTURAS CORPORALES: s76C0.380 s12000.368 s12002.368

ACTIVIDAD / PARTICIPACION: d230.22 d640.22 d760.22 d850.33 d870.22 d4303.33 d4500.22 d6503.22 d7204.22

FACTORES AMBIENTALES: e1101 +1 e5701 +2 e5702 +2

ORIENTACION PRESTACIONAL:

REHABILITACION TRANSPORTE

VENCIMIENTO:

El presente certificado tiene validez hasta el: 03/5/2016

El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laborativa.

ACOMPAÑANTE:

"En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que también se cubra al acompañante."

Acompañante: **NO**

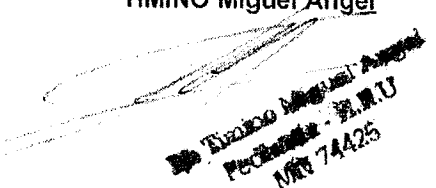
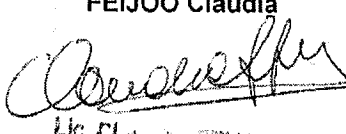
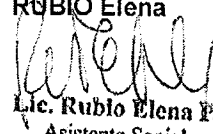
LUGAR Y FECHA DE EMISION

Lugar: **Ushuaia**

Fecha emisión: **10/5/2011**

EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:

Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
<p>TIMINO Miguel Angel</p>  <p>Miguel Angel Timino Proveedor - P.M.U. M.P. 74425</p> <p>Firma y sello</p>	<p>FEIJOO Claudia</p>  <p>Lic. CLAUDIA FEIJOO</p> <p>Firma y sello</p>	<p>RUBIO Elena</p>  <p>Lic. Rubio Elena F. Asistente Social M.P. 072</p> <p>Firma y sello</p>

Para constatar la veracidad de este certificado consulte la página WEB: www.discapacidad.gov.ar 6877587571

1129 - 5/39



00101511-8

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Ley N° 22.431**



CERTIFICADO UNICO
DE DISCAPACIDAD



6877587571

NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

ARG-02-00021508895-20110503-20160503-FGO-285

APELLIDO DYLUK

NOMBRES GUIDO GUSTAVO

D.N.I. - M - 21508895 01/07/1970
TIPO/NRO DOCUMENTO FECHA NACIMIENTO

Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia

EMITIDO POR

FECHA EMISION **10/5/2011** FECHA VTO **03/5/2016** ACOMPAÑANTE **NO**

PROFESIONAL
TIMINO Miguel Ángel

PROFESIONAL
FEIJOO Claudia

PROFESIONAL
RUBIO Elena

[Handwritten signature]
Lic. Miguel Ángel Timino
M.P. 74425

[Handwritten signature]
Lic. CLAUDIA FEIJOO
M.P. 74425

[Handwritten signature]
Lic. Rubio I
Asistente S
M.P. 07

[Handwritten signature]
Lic. CLAUDIA FEIJOO
M.P. 74425

Dictamen de Comisión Médica

Comisión Médica Nº: 021

Localidad: Ushuaia

Folio:

Fecha: 08/10/2010

DICTAMEN DE COMISION MEDICA
TRAMITE: Retiro por Invalidez

Administradora: ANSES
UDAI : UDAI USHUAIA
C.U.I.L./C.U.I.T: 20-21508895-3
Fecha de Solicitud: 13/09/2010
Expediente de Origen Nº:
024-20-21508895-3-742-000001

Documento de Identidad: 21508895
Edad (a la fecha del Dictamen): 40
Expediente Nº: 021-P-00042/10

Apellido y Nombre del Afiliado: DYLUK GUIDO GUSTAVO
Domicilio Legal : LUGONES 01997 01
Localidad y Código Postal : USHUAIA 9410
Provincia : T.DEL FUEGO A.I.A.S.

EC129349722



EC129349761



INTRODUCCION

El afiliado Sr. DYLUK, GUIDO GUSTAVO, D.N.I. 21.508.895, se presentó ante la Comisión Médica Nº 21 a fin de ser evaluado para dar cumplimiento a lo requerido en la tramitación de su solicitud por un Retiro por Invalidez. Se aprueba el siguiente dictamen en cumplimiento del procedimiento del Artículo 49 de la Ley 24.241, que establece además la recurribilidad del presente ante la Comisión Médica Central, bastando para ello hacer una presentación en la sede de esta Comisión dentro de los 5 (cinco) días de notificado el presente dictamen consignando la apelación de resolución notificada. Se realizó anamnesis y examen médico, conformándose la Historia Clínica Previsional correspondiente que se expone a continuación.

FUNDAMENTOS

Prevía identificación del afiliado se realizó el examen médico, relevándose la correspondiente Historia Clínica Previsional incorporada en el presente expediente. De su registro se mencionan aquellos datos, signos positivos y negativos que se relacionan al diagnóstico previsional.

Psicodiagnóstico / Ley 24.241:

Respecto al psicodiagnóstico:

16 (dieciseis) puntos. No amerita nuevo psicodiagnóstico. El peticionante se encuentra apto psíquicamente para la capacitación laboral.

Antecedentes Familiares:

Padre fallecido a los 84 años de edad por cancer de pulmón. Madre viva de 73 años con antecedentes de cardiopatía isquémica e hidrocefalia. Dos hermanos vivos y sanos.

Antecedentes Patológicos:

Enfermedades comunes de la infancia

Antecedentes Quirúrgicos:

No refiere.

Accidentes:

Accidente de traspaso sin secuelas

Hábitos Tóxicos:

Fuma 40 cigarrillos por día. No bebe alcohol.

Antecedentes de la Enfermedad Actual:

PABLO WALTER BOLAN
MÉDICO INTEGRANTE
Comisión Médica Nº 21
SRT
M.N. 88273

DR CARDONE MARCELO
Médico Subrogante
Comisión Médica Nº 21
SRT
M.N. 271

COPIA DEL

Afiliado de 40 años que refiere comenzar con lumbociatalgia desde hace aproximadamente 10 años. Estable bajo tratamiento médico hasta hace 5 meses que comienza con parestesias con paraparesia. Luego se agrega paresia y parestesias en ambos miembros superiores.

Refiere dificultad en la marcha con claudicación a los 200 metros.

Presenta hipotrofia de cintura escapular con franca disminución de la fuerza muscular en ambos miembros superiores.

Se realiza Tomografía Axial computada y Resonancia Magnética Nuclear de columna cervical y lumbosacra. En espera de turno para cirugía de columna cervical.

Concurre a la audiencia con collar de Philadelphia.

Examen Físico:

Inspección general: Lúcido, orientado en tiempo y espacio.

Peso: 78 kg. **Talla:** 178 cm.

Estado psico intelectual: Buena predisposición a la entrevista médica. Relato coherente.

Facies: sin particularidades.

Marcha: disbásica y lenta.

Piel: sin particularidades.

Faneras: Onicomiosis en manos y pies.

Celular subcutáneo: sin particularidades.

Ojos: **Motilidad:** sin alteraciones. **Conjuntivas:** Normocoloreadas. **Agudeza visual:** con corrección: Ojo Derecho: 10/10, y Ojo Izquierdo: 10/10.

Fosas nasales: sin alteraciones.

Boca: faltan piezas dentaria en arcada superior e inferior. Oídos: sin alteraciones.

Cuello: no se palpan adenomegalias. Sin alteraciones evidentes.

Aparato Respiratorio: frecuencia respiratoria: 16/min. Buena entrada bilateral de aire, sin ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: **Frecuencia cardíaca:** 70/min. **Tensión arterial:** 130/60 mmHg.

Auscultación: Primer y segundo ruidos cardíacos normofonéticos, silencios libres.

Sistema arterial: pulsos bilaterales periféricos conservados. **Sistema venoso:** Sin particularidades.

Aparato genitourinario: sin alteraciones de jerarquía.

Abdomen: Blando, depresible e indoloro, no se palpan vísceromegalias.

Sistema osteomuscular y articular:

Movilidad de la columna cervical: Extensión 10°, Rotación a derecha 10°, izquierda 10°, Inclinación a derecha 10°, izquierda a 10°, Flexión a 15°.

Disminución de la fuerza muscular en los cuatro miembros (Grado 4: movilidad conservada contra resistencia mínima). Hipoestesia (Grado 3)

Sistema nervioso: reflejos osteotendinosos disminuidos, taxia y praxia conservada. El resto del examen físico no presenta alteraciones de jerarquía.

Estudios y documentación aportada:

Tomografía Axial Computada de columna cervical (09/08/10): Signos degenerativos uncoartrosicos, incipientes en todos los niveles y marcados a nivel C6-C7 y a izquierda, con presencia de osteofito, que deforma el canal raquídeo oseo reduciéndolo levemente de talla. Los diámetros del canal raquídeo oseo están dentro de límites normales del diámetro transversal y en el límite inferior de lo normal del diámetro AP, en el resto de los niveles. No se observan herniaciones discales visibles tomográficamente, solo se menciona sutil protrusión posterior difusa del disco C6-C7. No se observan alteraciones de la densidad intra raquídea detectables tomográficamente. (Dr. Emilio Girardet)

Resonancia Magnética Nuclear de columna lumbosacra (18/12/09): Incipientes a moderados signos degenerativos de las carillas articulares, notorios para la edad del paciente. Canal estrecho, de origen congénito, pero también adquirido, por protrusiones discales y los cambios degenerativos anteriormente descriptos en carillas articulares. disco D12-L1 presenta protrusión posterior difusa leve. Disco L3-L4 presenta reducción de la altura y protrusión posterior difusa notoria a nivel de ambos neuroforámenes, los

PABLO IVAN ROLAN
MÉDICO INTEGRANTE
Comisión Médica N°21
SRT
M.N. 88273

DR. CARDONE MARCELO
Médico Suplente
Comisión Médica N°21
SRT
M.N. 273

cuales se objetivan marcadamente reducidos de talla. Hallazgos similares se visualizan a nivel del disco L4-L5, algo más marcado hacia la izquierda. (Dr Emilio Girardet)

Estudios Solicitados:

Electromiograma de miembros superiores (05/10/10): Se registran en reposo Potenciales de Fibrilación en Supinador largo y Triceps, al esfuerzo trazados Intermedio-Interferenciales con PUM Disgregados. La Latencia Distal y la VCM de Nervio Mediano son normales. Estudio compatible con actividad Denervatoria actual C6 y C7. (Dr. Patricio Labal).

Electromiograma de miembros inferiores (05/10/10): Se registran trazados intermedio-interferenciales con PUM gigantes en Tibial anterior, Gemelo y Pedio. La VCM del CPEexterno se encuentra francamente disminuida con evocados de bajo voltaje. Estudio compatible con severa afectación crónica L4, L5 y S1. (Dr. Patricio Labal)

Consideraciones Médico-Previsionales:

Afiliado de 40 años con uncoartrosis de columna generalizada con compromiso de las raíces espinales que le genera lumbociatalgia con paraparesia y cervicobraquialgia con limitación funcional de columna cervical, paresia e hipoestesia bilateral de miembros superiores, hipotrofia de cintura escapular.

- Compromiso de raíces de nervios espinales (C6-C7 izquierdo 15,60% + 15% del 84,4% de CRoR (15,60% + 12,66%=28,26%)	28,26 %
- Compromiso de raíces de nervios espinales C6-C7 derecho (11,20% + 9,08%)	(20,28 % del 71,74 %) ... 14,55 %
- Limitación funcional de columna cervical a la flexión a 15° (2%), extensión a 10° (3%), inclinación a derecha 10° (2%), izquierda 10° (2%), rotación a derecha 10° (2%), izquierda 10° (2%),	(13,00 % del 57,19 %) ... 7,43 %
- Compromiso de raíces de nervios espinal L5 derecho 14,40% del 49,76% de CRoR	(7,17 % del 49,76 %) ... 3,57 %
- Compromiso de raíces de nervio espinal L5 izquierdo 14,40% del 46,19% de CRoR	(6,65 % del 46,19 %) ... 3,07 %
- Compromiso de raíces de nervio espinal L4 derecho 13,20% del 43,12% de CRoR	(5,69 % del 43,12 %) ... 2,45 %
- Compromiso de raíces de nervios espinal L4 izquierdo 13,20% del 40,67% de CRoR	(5,37 % del 40,67 %) ... 2,18 %
- Compromiso de raíces de nervios espinal S1 derecho 8,40% del 38,49% de CRoR	(3,23 % del 38,49 %) ... 1,24 %
- Compromiso de raíces de nervios espinal S1 izquierdo 8,40% del 37,25% de CRoR	(3,13 % del 37,25 %) ... 1,17 %
	63,92 %
Factores Complementarios	
Edad:	(0,00 % del 63,92 %) ... 0,00 %
Nivel Educativo:	(7,50 % del 63,92 %) ... 4,79 %

TOTAL: **68,71 %**

CONCLUSIONES

Visto la solicitud formulada por la Sr. DYLUK, GUIDO GUSTAVO, DNI N° 21.508.895, y considerando los antecedentes médicos, la documentación aportada, el examen físico realizado y los estudios solicitados, la Comisión Médica N° 21 que suscribe dictamina que se encuentra afectado de: "Uncoartrosis con lumbociatalgia y cervicobraquialgia con

PABLO IVAN POLARI
 MEDICO INTEGRANTE
 Comisión Médica N° 21
 SRT
 M.N. 88273

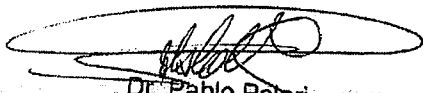
DR. CARDONE MARCELO
 Medico Subrogante
 Comisión Médica N° 21
 SRT
 M.N. 271

COMISION MEDICA N° 21

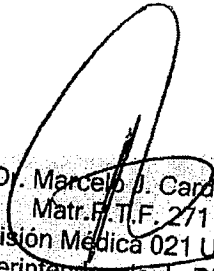
1129 - 9/30

compromiso de raíces de nervios espinal C6, C7, L4, L5 y S1 bilateral + Limitación Funcional de la columna cervical", lo que sumado a los Factores Complementarios de Nivel Educativo (7,50%), le genera una invalidez del 68,71% (sesenta y ocho con setenta y uno %), de acuerdo al Baremo 1290/94 y su Decreto Reglamentario 478/98. Por lo que SI reúne los requisitos médicos exigidos por el artículo 49 de la Ley 24.241 para la obtención del beneficio solicitado.

Expediente 021-P-00042/10

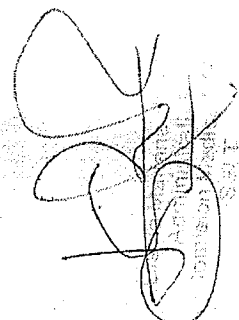


Dr. Pablo Polari
Matr. Nac. 88273
Comisión Médica 021 Ushuaia
Superintendencia de Riesgos
del Trabajo



Dr. Marcelo J. Cardone
Matr. F.T.F. 271
Comisión Médica 021 Ushuaia
Superintendencia de Riesgos
del Trabajo

El presente dictamen ha sido generado y firmado digitalmente por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo con el ID: E03B778AD540B603032577B5005FCD9E



Ushuaia



- 10/30

SANATORIO SAN JORGE S.R.L.

Onachaga 184 - Tel. 2901 422635 - Ushuaia - T.del F.

Pac.: DN21508895 **DYLUK GUIDO GUSTAVO**

Edad : 39 Años

Estudio/Informe :

R.M.N. DE COLUMNA LUMBOSACRA

TECNICA:

SE REALIZARON SECUENCIAS SAGITALES T1 Y T2 Y AXIALES T2, SIN INYECCION DE CONTRASTE E.V.

CONCLUSION:

- *INCIPIENTES A MODERADOS SIGNOS DEGENERATIVOS DE LAS CARILLAS ARTICULARES, NOTORIOS PARA LA EDAD DEL PACIENTE.*
- *CANAL ESTRECHO, DE ORIGEN CONGENITO, PERO TAMBIEN ADQUIRIDO, POR PROTRUSIONES DISCALES Y LOS CAMBIOS DEGENERATIVOS ANTERIORMENTE DESCRIPTOS EN CARILLAS ARTICULARES.*
- *DISCO D12-L1 PRESENTA PROTRUSION POSTERIOR DIFUSA LEVE.*
- *DISCO L3-L4 PRESENTA REDUCCIÓN DE LA ALTURA Y PROTRUSION POSTERIOR DIFUSA NOTORIA A NIVEL DE AMBOS NEUROFORAMENES, LOS CUALES SE OBJETIVAN MARCADAMENTE REDUCIDOS DE TALLA.*
- *HALLAZGOS SIMILARES SE VISUALIZAN A NIVEL DEL DISCO L4-L5, ALGO MAS MARCADO HACIA LA IZQUIERDA.*
- *POBRE DEFINICION DEL CONO MEDULAR Y DE LAS RAICES DE COLA DE CABALLO, EN RELACION AL CANAL ESTRECHO ANTERIORMENTE MENCIONADO NO OBJETIVANDO IMAGENES PATOLOGICAS PROPIAS DE ESTAS ESTRUCTURAS.*
- *NO SE OBSERVAN ALTERACIONES DE LAS PARTES BLANDAS PERIVERTEBRALES.-*

SALUDO, ATTE.-

Solicitante : SALVATIERRA ALEJANDRO

Turno :18/12/2009 17:00:00

Realizado :18/12/2009 18:47:37

Firmado :23/12/2009 14:19:21

GIRARDET EMILIO - Diagnóstico por Imágenes
MM247

HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES

PACIENTE: DYLUK GUIDO GUSTAVO

09/08/10

TOMOGRÁFIA DE COLUMNA CERVICAL CON RECONSTRUCCION 3D

TECNICA:

SE REALIZARON ADQUISICIONES HELICOIDALES, DE LA COLUMNA CERVICAL, REALIZANDO RECONSTRUCCIONES DE 3 MM DE ESPESOR, SIGUIENDO EL PLANO DE LOS DISCOS.

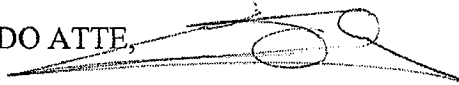
SE REALIZAN VENTANAS DE PARTES BLANDAS Y OSEAS.

SE REALIZA RECONSTRUCCION 3D.

CONCLUSION:

- *SIGNOS DEGENERATIVOS UNCOARTROSICOS, INCIPIENTES EN TODOS LOS NIVELES, Y MAS MARCADOS A NIVEL C6 - C7 Y A IZQUIERDA, CON PRESENCIA DE OSTEOFITO, QUE DEFORMA EL CANAL RAQUÍDEO OSEO, REDUCIÉNDOLO LEVEMENTE DE TALLA.*
- *LOS DIÁMETROS DEL CANAL RAQUÍDEO OSEO ESTAN DENTRO DE LIMITES NORMAL DEL DIÁMETRO TRANSVERSO Y EN EL LIMITE INFERIOR DE LO NORMAL DEL DIÁMETRO AP, EN EL RESTO DE LOS NIVELES.*
- *NO SE OBSERVAN HERNIACIONES DISCALES VISIBLES TOMOGRAFICAMENTE, SOLO SE MENCIONA SUTIL PROTRUSION POSTERIOR DIFUSA DEL DISCO C6 - C7.*
- *NO SE OBSERVAN ALTERACIONES DE LA DENSIDAD INTRA RAQUIDEA DETECTABLES TOMOGRAFICAMENTE.*
- *NO SE OBSERVAN ALTERACIONES DE LAS PARTES BLANDAS PERIVERTEBRALES O DEL CUELLO.*

SALUDO ATTE,



DR. EMILIO GIRARDET.
M.M. 247- ME.8599-

*Consultorio de Neurología
Dr. Patricio Labal
Informe Electromiograma*

Paciente: Dyluk Guido
Fecha: 5/10/10
Diagnóstico: Canal Estrecho
Médico: Dr. Polari

Edad: 40 años
Estudio n° 2584

Estudio realizado con el paciente en vigilia, decúbito dorsal.

Se registran trazados Intermedio-Interferenciales con PUM Gigantes en Tibial anterior, Gemelo y Pedio.

La VCM del CPExterno se encuentra francamente disminuida con evocados de bajo voltaje.

Estudio compatible con severa afectación crónica L4, L5 y S1. Se sugiere Potencial Evocado Somatosensitivo de MMII para evaluar Conducción Medular.


Dr. PATRICIO LABAL
Médico Neurólogo
M. A. 63407
*Dr. Patricio Labal
Médico Neurólogo*



3/30

SANATORIO SAN JORGE S.R.L.

Onachaga 184 - Tel. 2901 422635 - Ushuaia - T.del F.

Pac.: DN21508895 **DYLUK GUIDO GUSTAVO**

Edad : 41 Años

Estudio/Informe :

R.M.N. DE COLUMNA LUMBOSACRA SIN CONTRASTE**TECNICA:**

SE REALIZARON SECUENCIAS SAGITALES T1 Y T2 Y AXIALES T2, SIN INYECCION DE CONTRASTE E.V.

CONCLUSION:

LAS DIFERENTES ESTRUCTURAS ÓSEAS ESTÁN CONSERVADAS.

LOS DIÁMETROS DEL CANAL RAQUÍDEO SE ENCUENTRAN DISMINUIDOS EN FORMA CONGÉNITA.

LOS DISCOS L3-L4, L4-L5 Y L5-S1 PRESENTAN CAMBIOS DE INTENSIDAD DE SEÑAL CON DISMINUCIÓN DE ALTURA CON SIGNOS DE PROTRUSIÓN MEDIANA POSTERIOR CON COMPROMISO FORAMINAL PARCIAL BILATERAL.

CAMBIOS DEGENERATIVOS EN LA PORCIÓN ANTERIOR DEL ESPACIO DISCAL DE L4-L5.

BUENA DEFINICIÓN DEL CONO MEDULAR, LAS RAÍCES DE COLA DE CABALLO, FINALIZANDO EL PRIMERO EN D12-L1.

NO SE OBSERVAN ALTERACIONES DE LAS PARTES BLANDAS PERI-VERTEBRALES.

SALUDO, ATTE.-

Solicitante : LABAL PATRICIO

Turno : 14/06/2012 18:00:00

Realizado : 14/06/2012 17:05:52

Firmado : 19/06/2012 14:49:58

Impreso : 19/06/2012 14:50:01

SINNER RICARDO - Diagnóstico por Imágenes

MM 411

Nro.: 1



SANATORIO SAN JORGE S.R.L.

Onachaga 184 - Tel. 2901,422635 - Ushuaia - T.del F.

Pac.: DN21508895 DYLUK GUIDO GUSTAVO

Edad: 41 Años

Estudio/Informe :

RMN DE COLUMNA DORSAL SIN CONTRASTE

TECNICA:

SE REALIZARON SECUENCIAS SAGITALES T1 Y T2 Y AXIALES EN T2 NO SE ADMINISTRÓ CONTRASTE E.V.

CONCLUSION:

LAS DIFERENTES ESTRUCTURAS OSEAS ESTAN CONSERVADAS.

LOS DIAMETROS DEL CANAL RAQUIDEO OSEO ESTAN DENTRO DE LIMITES NORMALES.

LOS DISCOS SON DE ALTURA E INTENSIDAD DE SEÑAL DENTRO DE LIMITES NORMALES, SIN PROTRUSIONES VISIBLES.

CILINDRO MEDULAR DE MORFOLOGIA Y SEÑAL CONSERVADA, AL IGUAL QUE LOS ESPACIOS PERIMEDULARES.

NO SE OBSERVAN ALTERACIONES DE LAS PARTES BLANDAS PERIVERTEBRALES.-

SALUDO, ATTE.-

Solicitante : LABAL PATRICIO

Turno : 14/06/2012 17:30:00

Realizado : 14/06/2012 17:05:46

Firmado : 19/06/2012 14:49:26

Impreso : 19/06/2012 14:49:29

SINNER RICARDO - Diagnostico por imágenes

MM 411



SANATORIO SAN JORGE S.R.L.

Onachaga 184 - Tel. 2901 422635 - Ushuaia - T.del F.

Pac.: DN21508895 DYLUK GUIDO GUSTAVO

Edad: 41 Años

Estudio/Informe :

R.M.N. DE COLUMNA CERVICAL SIN CONTRASTE

TECNICA:

SE REALIZARON SECUENCIAS SAGITALES T1 Y T2 Y AXIALES EN T2 G.R.
NO SE ADMINISTRO CONTRASTE E.V.

CONCLUSION:

LAS DIFERENTES ESTRUCTURAS ÓSEAS ESTÁN CONSERVADAS.

LOS DIÁMETROS DEL CANAL RAQUÍDEO ESTÁN DENTRO DE LÍMITES NORMALES

LOS DISCOS SON DE ALTURA E INTENSIDAD DE SEÑAL DENTRO DE LIMITES NORMALES.

SIGNOS DE ARTRODESIS DEL CUERPO VERTEBRAL C6-C7.

CILINDRO MEDULAR DE MORFOLOGIA Y SEÑAL CONSERVADA, AL IGUAL QUE LOS ESPACIOS PERIMEDULARES.

NO SE OBSERVAN ALTERACIONES DE LAS PARTES BLANDAS PERI-VERTEBRALES.

SALUDO, ATTE.-

Solicitante : LABAL PATRICIO

Turno : 14/06/2012 17:00:00

Realizado : 14/06/2012 17:05:38

Firmado : 19/06/2012 14:48:38

Impreso : 19/06/2012 14:48:41

SINNER RICARDO Diagnóstico por Imágenes
MM/411



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur.
República Argentina

HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
"Gov. Ernesto M. Campos"

URGENTE

USHUAIA, 20 DE SEPTIEMBRE DE 2012

AL DIRECTOR GENERAL
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

Por medio de la presente solicito su autorización para retirar la
fotocopia de mi HISTORIA CLINICA N°: 21508895....., a nombre de quien suscribe

DYLUK GUIDO GUSTAVO

para ser entregada ante CONSEJO DELIBERANTE DE LA CIUDAD DE USHUAIA

Saludo a usted, atentamente.

Firma y Aclaración

21508895

D.N.I. N°:

NOTA: USTED COMO PACIENTE DEBE ACLARAR QUE NECESITA

- * HISTORIA CLINICA COMPLETA
- * ACCIDENTE LABORAL (FECHA APROX.)
- * INTERNACION (FECHA APROX.)
- * ESTUDIO REALIZADO (PAP, BIOPSIA, ETC...)

Acreditada identidad.

SE SOLICITA TRAER: HOJAS TIPO OFICIO, CANTIDAD NECESARIA (Preguntar en Informes)

Pase a División Consultas, Análisis y
Estadísticas.

DR. JORGE LUIS OLIVO
DIRECTOR GENERAL
M.M. 203 - M.N. 79255
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

DESPACHO
20 SEP 2012
10:25.
H.R.U.
NOTA N° 2745/11



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
"Gov. Ernesto M. Campos"

HISTORIA CLINICA Nº
21508895

IDENTIFICACION Y DIAGNOSTICO

APELLIDO Y NOMBRE <i>DYLOW. Guido Eustavo.</i>		MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/>
		FEMENINO <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL <i>Divorciado</i>	FECHA NACIMIENTO <i>01/07/1970</i>	LUGAR DE NACIMIENTO/CIUDAD O PUEBLO / PROVINCIA <i>ZARATE.</i>
NOMBRE DE LA MADRE <i>-</i>		C.I. - L.E. - L.C. - D.N.I. Nº

FECHA	DOMICILIO HABITUAL DEL PACIENTE	TELEFONO
<i>17/08</i>	<i>Maganes 751997.</i>	<i>15418369</i>

NOMBRE Y DIRECCION DEL PARIENTE O AMIGO	TELEFONO

FECHA DIAGN.	SERVICIO	DIAGNOSTICO	CODIGO
<i>02 08 10</i>	<i>OF</i>	<i>consulta derivada de guardia por dolor lumbal crónico de 7 meses de evolución, ya evaluado por profesionales de medicina privada por lo que se solicita opinión general relacionada en relación con estudios de foto craneales y RMN con informe de Discospetros múltiples, con con presunto fractura y canal estrecho. Indica evaluación de Neuro- cirugía.</i>	

[Signature]
GUILLELMO BROWN
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
MAR 1985 MN 82182
URU



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
«Gobernador Ernesto M. Campos»

HOJA DE EPICRISIS

Nombre y Apellido: Guido Gustavo Dgluck

Fecha de Ingreso: 5 / 10 / 10 Fecha de Egreso: 8 / 10 / 10

Edad: 40 a Obra Social:

M. de l. Neurocirugía

Patología Degenerativa Espondilo Discal Difusa.
Compresión radicular medular C6-C7

E.A.: Larga evolución (más de 10 años) de lumbociatalgia al esfuerzo físico.

Desde hace + 30 días cervico dorsalgia intensa
y limitación funcional progresiva braquiop
gía derecha, usage bilateral y simétricamente
falta de fuerzas en MSD que se agrava al
esfuerzo.

EF: atrofia cintura escapular. Parésia
braquial der. Aneflexia. Dolor a la
manipulación.

Diagnóstico al Egreso: Patología Degenerativa Espondilo-
Discal Difusa. (2) Osteofitosis. (3) Compresión
radicular-medular C6-C7

Tratamiento al Egreso: Médico Sintomático
Quirúrgico: 6-10-10 = Discectomía C6-C7
cuerpos cervicales
anterior y placa intersomática y placa
cervical ant. C6-C7

Estudios Pendientes: Quiroterapia de Rehabilitación

CARLOS F CABRERA
NEUROCIRUJANO
M.M. 721

Firma del Profesional

DATOS A COMPLETAR POR EL ANESTESIOLOGO

Nombre del Paciente:
 H.C. Nº:
 Diagnóstico preoperatorio: Conul estrecho Disectomia C6-C7 Fecha: 13/03/10
 Cirugía o procedimiento a realizar:

Examen Físico
Pac en Ho y dolor cervical y hombro con antecedentes de ciatalgia y ~~parálisis~~ en los pulg. d. e. e. y/o 7 distales

Mallampati	Clase I		Apertura Bucal	5 cm o más	<input checked="" type="checkbox"/>	Distancia Tiramentoniana	6,5 cm o más	<input checked="" type="checkbox"/>	Movilidad Cervical	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
	Clase II	<input checked="" type="checkbox"/>		de 2 a 4 cm.			5 a 6,5 cm			NO	
	Clase III			Menos a 2 cm			Menos a 5 cm				
	Clase IV										

Electrocardiograma	RX de Torax	Laboratorio	Espirometría	Otros
<u>Normal</u>		Hcto.: <u>46</u>		
<u>BCN</u>		Hb: <u>15</u>		
		TP: <u>12.5 100%</u>		
		KPTT:		
		Plaquetas:		
		RIN: <u>1</u>		
		KPTT: <u>36</u>		

Riesgo cardiovascular	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV
-----------------------	---------	----------	-----------	----------

Indicaciones especiales	
Profilaxis para TEPA	SI NO
Vacunación antitetánica	SI NO

Riesgo ASA	I	II	III	IV	V	VI
------------	---	----	-----	----	---	----

APTO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO: SI NO

Observaciones: Indicio agudo para de 8 H. Estrecho
Explico método de arden genio
Pido de tx y espironetología

Consentimiento Informado
 He recibido del doctor: Bonno Enzo Uzo, quien me ha explicado en una clara y sencilla que para el procedimiento o intervención quirúrgica que se me ha indicado se sugiere en primera instancia el tipo de anestesia anestésica elegida (ya sea anestesia general, regional o local), así como la posibilidad de cambio de técnica durante el acto anestésico si fuese necesario.
 Comprendo que a pesar de la técnica adecuada y de su correcta realización pueden presentarse efectos deseables menores como dolor, hematomas, infecciones o mayores como los inherentes al manejo de la intubación de la vía aérea, complicaciones neurológicas, sistémicas, vasculares que a veces conllevan riesgo para la vida. También se me ha advertido de riesgos relacionados con enfermedades preexistentes y de riesgos imprevisibles como reacciones alérgicas y/o idiosincrásicas a medicamentos, productos sanguíneos y/o de monitoreo.
 Todas mis preguntas fueron contestadas y autorizo la realización de dicho procedimiento.

Enzo María Barrin
 Médica Anestesiología
 Experta en dolor y cuidados paliativos
 MM 397

VITALOGRAPH COMPACT II

DATE : 2
NAME :
REF. NO. : 2 95
AGE : 40
SEX : MALE
HEIGHT : 182 CM
NORMALS : LAM

PRE : 4 TESTS -2.9%
VALUES AT B.T.P.S. :-

A.T.S. BEST			
	PRED	MEAS	%
VC	4.61	4.70	103
FVC	4.61	4.70	100
FEV1	3.92	3.31	84
FEV1/VC%	85	70	-15
FEV1/FVC%	85	72	-13
PEF	578	502	87
PEF25-75%	4.51	2.34	52

SOFTWARE REF. : 66.045/2

Estudio
Espirometria
Normal

RABIAN D. SIBOGAL
MEDICO
ALM 165

29-10-10 Kinesiólogo: Consejo de Kinesia
10. cervical. Se realiza IR - US - Muest
ej. profieros

Lic. SUSANA I. FROEMER
KINESIOLOGA
MN 4283 - KN 47

gluck, Guido - 42a
neurología - 20-7-12

ag tensionado. Cervicodolencias. Raquialgia
Del 14-6-12: Bien el area quir.
p/compres. medula.
p/lesiones quíningicas ya.
= Médico sintomático

ROBERTO CABRELA
NEUROCIURJANO
M.M. 721

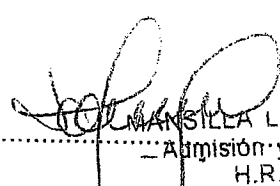
1129-2/30



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
"Gov. Ernesto M. Campos"

AUTORIZACIÓN DE INTERNACIÓN

Servicio de: Adultos Fecha de Ingreso: 05/10/10
 Apellido y Nombre: Dyluk Guido Gustavo
 Historia Clínica Nº: 21508895 Obra Social: NO
 Profesional que indica la internación: Dr. Cabrera
 USHUAIA, 05 de Octubre de 2010

Admisión y Egresos:  MANSILLA Luna Yesica
 - Admisión y Egreso -
 H.R.U.

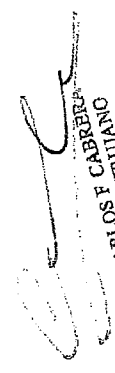
FORMULARIO H. R. U. Nº 134



*Dyluk, Guido
21.508895*

*Internación en
sala de adultos.
Diag: Neurociencia
Cemical 05/10/10
6-10-10-8h.*

5-10-10


CARLOS F. CABRERA
NEUROCIENCIAS
M.M. 721



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

HOSPITAL REGIONAL USHÚAIA
«Governador Ernesto M. Campos»

"1904 - 2004
Centenario de la Presencia Argentina
Ininterrumpida en el Sector Antártico"

HOJA DE INGRESO

Nombre y Apellido: Gusich Dyluk Edad: 40a

I.C. Nº: 215088PS Fecha de Ingreso: 05/10/20 Hora de Ingreso: _____

MOTIVO DE INTERNACION Y ENFERMEDAD ACTUAL: Neurólisis
Distrofonia C6-C7 y entroposis anterior c/capa-placa

ANTECEDENTES POSITIVOS: Presión braquialgia. Puente-
es braquial y a veces cervical. Presión
braquial derecha

DATOS POSITIVOS DEL EXAMEN FISICO: Presión braquial dcha.

ESTUDIOS SOLICITADOS AL INGRESO Y RESULTADOS: RT torax - lab-
ilio c/riego quirúrgico + Endoscopia
pragmática.

ESTUDIOS QUE DEJAN PEDIDOS: _____

CARLOS F. CABRERA
NEUROCIRUJANO
M.M. 721

Firma del Médico



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur.
República Argentina

HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
"GOB. ERNESTO M. CAMPOS"

CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIRÚRGICO

- 1) Yo D. V. L. G. Guido Gustavo como padre / madre / tutor / curador / familia, por la presente Autorizo al Dr. Cabrera, Carlos F. y a su equipo a realizar una intervención quirúrgica conocida como Disección y Artrodesis Cervical Anterior C-7.
- 2) La intervención anunciada en el punto 1), me ha sido totalmente explicada por el cirujano, antes de la firma del presente, a mi entera satisfacción, entendiendo totalmente la naturaleza y fines de la misma. Se me ha informado también sobre los esperados beneficios y/o complicaciones que pudiera eventualmente ocurrir, por causas conocidas o desconocidas, molestias concomitantes y riesgos que pudiera producirse en el curso de la misma, que voluntariamente asumo. Se me ha informado también sobre posibles alternativas al tratamiento propuesto. Se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que quisiera, las cuales me han sido contestadas satisfactoria y completamente. Reconozco que la práctica de la medicina y cirugía no es una ciencia exacta, y pese a que se me ha informado de los resultados deseados de la operación, los dichos resultados no me han sido garantizado total, ni parcialmente.
- 3) Autorizo a que el cirujano y su equipo, realicen las curaciones y controles que considere necesarios en el periodo post operatorio.
- 4) He dado mi consentimiento para la administración de anestésicos, a los anestesiólogos intervinientes, a quienes considero independientes, científica y profesionalmente del Dr. Cabrera, Carlos F. He autorizado expresamente a dichos anestesiólogos a utilizar la anestesia como consideren conveniente. Reconozco que con la administración de anestesia, siempre hay riesgos para la vida y la salud, que voluntariamente asumo.
- 5) Acepto cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada, hasta que posea el alta médica definitiva firmada por el cirujano, así como mantenerlo informado de todos los aspectos de mi evolución.
- 6) Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes médicos.
- 7) He leído atentamente y entendido este consentimiento el día 6.10.10, Encontrándome en el pleno uso de mis facultades, no estando alterado emocionalmente por ningún motivo. Lo he entendido totalmente, y manifiesto que los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma, he tachado todos aquellos párrafos con los que no estuve de acuerdo.

Firma y aclaración del paciente o representante
Documento, tipo y Nº 2.558.895
Domicilio: Ushuaia
Localidad: Ushuaia, País: Arg.

Firma y aclaración del testigo
Documento, tipo y Nº
Domicilio:
Localidad:, País:



FICHA ANESTÉSICA

Personal data: Apellido: DYLUK Guido, Edad: 40 años, Peso: 78 kg, Talla: ...

Medical data: Diagnostico: Osteofito cervical, Oper. propuesta: osteotomía + artrodesis, Diagn. operatorio: idem, Operación realizada: idem

Vital signs: Resp. (Frecuencia: 12, Tipo: Normal), T. Arterial (Habitual: 130/70, Actual: 130/70)

Personnel: Cirujano: Dr. Cabrera, Anestesta: Dr. Solzner, Ayudante: Dr. Godoy, Auxiliar: ...

Table with 2 columns: Anesthesia Type, Position, and Risk of Operation (Grado 1-5)

Urgency: SI NO, Motivo: Programada, Composición preoperatoria: ...

Premedication: SI NO, Hora: 9:15, Droga y dosis: 3 mgrs 0.1% T. Arterial, Vía Administ.: E.V., Pulso, Respiración, P.V.C.

INDUCCION ANESTESICOS RELAJANTES MANTENIMIENTO ANESTESICOS RELAJANTES

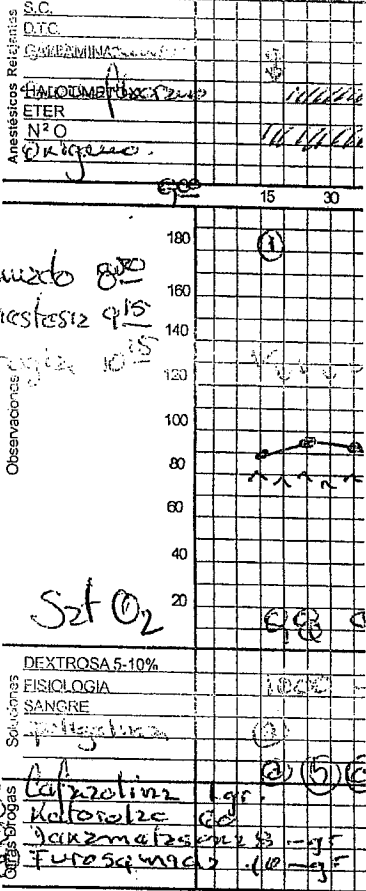


Table listing administered drugs: Sevourane Fco. x 50 ml., Halothano Fco. x 50 ml., Norcorun Fco. x 10 mg., Dormicum FISC. SAN. N°: 021 amp. x 5 mg/ml x 3 ml., Propofol 10 mg/ml. x 20 ml., Pavulón, Nalbufina x 10 mg. x 1 ml., Sintocinon 5 ud./10 ud., Ketamina amp. 50 mg/ml., Neostigmina amp. x 1ml., Grayxona amp. x 1ml., Lanexat amp. x 0,5 mg/5ml., Lidocaina 2% c/epi. x 20 ml., Lidocaina 2% s/epi. x 20 ml.

Anesthesia details: Analgesia, Zona de inyección, Agente anestésico, Cantidad inyectada, Reinyecciones 1°-5°, Dosis total, Resultado

Anesthesia type: Anestesia inhalatoria, Endovenosa, Intramuscular, Intub. traqueal, Tubo N° 8.5, Mango, Respiración (Espontánea, Controlada, Asistida, Mecánica), Sistema (Sin reinhalación, Con reinhalación)

Estado del paciente al finalizar el acto anestésico - operatorio: Reflejo corneal, Sensibilidad dolorosa, Obedece ordenes, Conversa, Depresión circulatoria, Depresión respiratoria, Obstrucción respiratoria, Aspir. Secreciones faringeadas, 1-2-3-Shock, Curatizado, Cánula faringe, Traqueales

Recovery: Vómitos, Mucosos, Biliares, Alimenticios, Focaloides, Pase a recuperación a las ... hs. en condiciones satisfactorias, Firma: Dr. Solzner



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
"Gov. Ernesto M. Campos"

PARTE QUIRURGICO

Servicio de

Apellido y Nombre: Dydek, Guido Gustavo H. C. N° 21.508.895
Cirujía: Disectomía y Antrodiesis Anterior C6-C7

Fecha: <u>9-10-10</u>	Diag. preoperatorio: <u>Compres. Radicular Medulares C6-C7</u>
Cirujano: <u>Cabrera, Carlos F.</u>	Diag. Postoperatorio: <u>Idem</u>
1º Ayudante: <u>Godoy, Héctor</u>	Transfusión: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Tipo: Cantidad:
2º Ayudante:	Anatomía patológica: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Anestesista:	Material enviado:
Tipo de Anestesia: <u>General</u>	Bacteriología SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Instrumentadora: <u>Cáceres Noelia Rizzi, Paula</u>	Material enviado:
Hora de Inicio: <u>10:15 hs.</u>	Hora de finalización: <u>14:00 hs.</u>

Operación: Disectomía C6-C7
Antrodiesis Anterior C6-C7 e/ Caja intersomática y

Descripción: Placa.
Bajo anestesia general. Incisión curvéeol anterior bajo antro-latral derecho. Dirección horizontal. Marcar con fluoroscopia C6-C7. Disectomía. Colocación de caja intersomática e inserto óseo de cresta anterior superior der. (ilíaca). Fijación e/ placa anterior C6-C7. Control radioscópico. Hemostasia con paños.
Cierre por planos de la herida de cresta. Pt. toleró bien. Pasar a sala general sin signos de foco.

CABRERA
CARLOS F. CABRERA
NEUROCIRUJANO



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
" Gob. Ernesto M. Campos "

PRESCRIPCIONES Y ORDENES MEDICAS

APELLIDO Y NOMBRE *Dyluck, Guido G.* HISTORIA CLINICA N°

DIA MES HORA PRESCRIPCIONES Y ORDENES (firmar cada registro)

6 10 10- 16:50 hs.

- ① Sol. Fis. a 21 gotas/min. + 3 amp. Difenac.
- ② Cefotaxima 1g c/ 8 hs.
- ③ Ketorolac al dolor.
- ④ Collar Cervical.
- ⑤ En cama puede movilizarse libre.
- ⑥ Dieta líquida a partir de las 18 hs. y libre si hay buena tolerancia
- ⑦ Controles por turno.

CARLOS F CABRERA
NEUROCIRUJANO
M.M. 721

7 10 10- 17:00 hs.

1. S. Fisiológico 500ml + 150mg Difenac 15mg 21-mil
2. Cefotaxima 1g c/ 8 hs
3. Suspensión Cefotaxima

[Signature]
07.10.10
C.F.

SECRETARÍA
MEDICA
M.M. 385
D. SINGOLA

7 10 10

- ① Retirar la sonda nasica.
- ② Dieta General.
- ③ Resto Igual.

CARLOS F CABRERA
NEUROCIRUJANO
M.M. 721

④

[Signature]
07.10.10

8 10 10

- ① Retirar sonda.
- ② Alta Hosp. Totalitaria.

CARLOS F CABRERA
NEUROCIRUJANO
M.M. 721



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
"Gov. Ernesto M. Campos"

HOJA DE:

Apellido y Nombre <i>Dujich, Guido G. - 40a</i>		H. C. Nº <i>26.508.895</i>
Servicio	Sala	Cama Nº

Neurocirugía - 6-10-10

Pte. post operatorio. Tolero bien. Pasara a sala de déficit neurológico.

[Signature]
CARLOS F CABRERA
NEUROCIROJANO
M.M. 721

7-10-10 - Neurocirugía

Pte. lúcido. sin signos de foco.
Dolor de espalda y hombros (posicionales)
Tolero bien la dieta.
se retira la sonda vesical.
se moviliza fuera de la cama.

[Signature]
CARLOS F CABRERA
NEUROCIROJANO
M.M. 721

Neurocirugía - 8-10-10

Pte. s/ cambios clínicos.
Alta hospitalaria.

[Signature]
CARLOS F CABRERA
NEUROCIROJANO
M.M. 721

1129 - 28/30

FACTURACION DE MEDICAMENTOS
FARMACIA

Hospital Regional Ushuaia
Desde el 05/10/2010 hasta el 07/10/2010

Paciente: 21508895 - BYLUCK GUIDO
Obra Social:

Fecha	Factura Monodroga		Cant
07/10/2010	165777 302	DICLOFENAC SODICO 75MG. INYECTABLE/3ML	4
07/10/2010	165777 49	CEFALOTINA SODICA 1G. INV. IN/IV.	4

PERMISO PARA PRACTICAS FISIOKINESICAS

Fecha: 29, 10, 2010

Nombre y Apellido del paciente: Dyluk Couso Couso

Por el presente autorizo al Licenciado/a Kinesiólogo/a:

o a los profesionales a su elección de este Hospital Regional Ushuaia a efectuar en mi o a la persona arriba mencionada la evaluación y/o tratamiento consistente en:

fonot - ej (diag: P.O. C64)

El Licenciado/a Kinesiólogo/a: Susana Froene me ha explicado la naturaleza y propósito de los procedimientos y me ha informado también los beneficios esperados y las eventuales complicaciones (por causas conocidas o desconocidas), molestias concomitantes y riesgos que pueden producirse así como los procedimientos terapéuticos kinésicos alternativos.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, y todas han sido contestadas completas y satisfactoriamente.

Reconozco que no se me han dado garantías ni seguridades respecto de los resultados que se esperan del tratamiento a efectuar.

Confirmando que una vez informado de todos los detalles de las prácticas, y leído y comprendido lo anterior, todos los espacios en blanco han sido llenado antes de mi firma.

Nombre y Apellido del paciente: Dyluk Couso Couso

Tipo y Nº de documento: DNI 21008885

Firma: [Handwritten Signature]

Si el paciente es menor o incapaz de comprender, responder y/o firmar se agregará: Nombre y Apellido de familiar, tutor o acompañante:

Tipo y Nº de documento:

Tipo de vínculo:

Documento que avala el vínculo:

Por el presente certifico que he explicado la naturaleza, propósitos, beneficios, riesgos y alternativas del tratamiento o evaluación a aplicar. Me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he contestado completamente las preguntas efectuadas.

Firma del Licenciado/a Kinesiólogo/a: Lic. SUSANA I. FROENE KINESIOLOGA MN. 4283 - KN 47

Sello: [Handwritten Signature]

Fecha: 29, 10, 2010

FORM. N° 240



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur.
República Argentina

HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
"Gov. Ernesto M. Campos"

USHUAIA, 07 DE ENERO DE 2011

AL DIRECTOR GENERAL
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

Por medio de la presente solicito su autorización para retirar la
ocopia de mi HISTORIA CLINICA N°: 21508895, a nombre de quien suscribe
Dyluk Guido Gustavo
para ser entregada ante Tiscornalagoi Santora

Saludo a usted, atentamente.

Firma y Aclaración

21508895

D.N.I. N°:

NOTA: USTED COMO PACIENTE DEBE ACLARAR QUE NECESITA

- * HISTORIA CLINICA COMPLETA
- * ACCIDENTE LABORAL (FECHA APROX.)
- * INTERNACION (FECHA APROX.)
- * ESTUDIO REALIZADO (PAP, BIOPSIA, ETC...)

SE SOLICITA TRAER: HOJAS TIPO OFICIO, CANTIDAD NECESARIA (Preguntar en Informes)

Pose Div. Consult. archivo y estadísticas - Dex 60/11

DR. ERIC A. MANRIQUE
Director Médico

