



Lic. Mónica Froja
Directora de Discapacidad
Sub. de Políticas de Formación e Inclusión
Ministerio de Salud T.D.F.

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e
Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE SALUD

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha... *Ushuaia*

Sr: Director del Hospital.....

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el fin de solicitarle tenga a bien disponer se cumplimente el cuestionario que obra al dorso de la presente a través de la realización del reconocimiento médico, referido a:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL/ LA SOLICITANTE	
<i>MUÑOZ LOPEZ JOSE</i>	
D.N.I. N° <i>36 452 764</i>	C.I. N°
L.C. N°	L.E. N°
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle. <i>Cp. 2 / Los Rios</i> N° <i>388</i> Piso..... Dpto..... Entre calle..... y	
Calle..... Barrio <i>Bella Vista</i> Localidad <i>Ushuaia</i>	
Provincia <i>Chaco del Fuego</i> CP <i>9412</i> Teléfono <i>44 5600</i>	

A los efectos de ser agregado a la solicitud de Pensión interpuesta ante el Ministerio de Desarrollo Social Provincial.

Saludo a Ud. atentamente.

Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 25840 M.M. 563
M. Laboral 6540

Firma y sello del Responsable
Director de Fiscalización Sanitaria



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

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

ROVITOZ LOPEZ JOSE OH N° 36452404
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

I. indicar enfermedad causal de la disminución de la capacidad:

Retraso mental profundo para Buenos Noctuid.

II. Tipo y grado de secuelas clínicas de la misma:

Profundo

Al presente certificado médico deberá adjuntarse

- Resumen de historia clínica
- Exámenes de laboratorio actualizado
- Tratamiento Indicado

III. Otras enfermedades:

Ninguna otra enfermedad

(Detallar tengan o no relación con la enfermedad principal)

IV. ¿Hay incapacidad para el desempeño de sus tareas laborales habituales? Si No

V. En caso de menores, ¿hay incapacidad para el auto desenvolvimiento acorde a la edad? Si No

VI. La incapacidad es:

Total Permanente Porcentaje estimado: **70 %**
 Parcial Temporaria (de incapacidad laboral)

VII. La incapacidad es de orden predominantemente

Físico Mental Físico y Mental

VIII. En caso de ser una incapacidad de orden físico, ¿a qué tipo corresponde?

Motor Visual
Viseral Auditivo

IX. Si la discapacidad es mental y el solicitante tiene 21 años o más, deberá indicar si considera necesario gestionar la curatela (designación de un representante legal en caso de solicitantes alienados mentales mayores de edad) Edad: *18 años*

SI NO

X. ¿Un tratamiento adecuado puede modificar el diagnostico de incapacidad? SI NO

XI. ¿El tratamiento puede ser realizado en el área de residencia? SI NO

XII. Tiempo estimado para una nueva evaluación:

2 años 5 años 10 años

Lugar y fecha:

Ushuaia 21 Julio

España *Medico*
M.N. N° 91715

Sandra Emilia Castro
Medicina Laboral
M.M. 245

de 20...

ESTEBAN E. CAVALIERI
ESTEBAN E. CAVALIERI
Médico Esp. Psiquiatría
Esp. en Psicología Legal
M.N. 703

Firma del médico actuante

Firma del médico actuante

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

Firma y sello del Director del Hospital

Firma y sello del Fiscalización Sanitaria

DUPLICADO

EL POSEEDOR DE ESTE DOCUMENTO
CUMPLE LOS 16 AÑOS, EL DIA:

Sello	Firma Jefe Of. Secc.
-------	----------------------

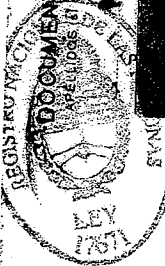
La presentación del documento nacional de identidad, expedido por el Registro Nacional de las Personas, será obligatoria en todas las circunstancias en que sea necesario probar la identidad de las personas comprendidas en esta Ley, sin que pueda ser suplido por ningún otro documento de identidad, cualquiera fuere su naturaleza y origen.

Art. 13 - Ley 17.671.

Todas las personas de existencia visible o sus representantes legales, comprendidas en la presente Ley, están obligados a comunicar en las oficinas nacionales, consulares o que se habiliten como tales, el "cambio de domicilio", dentro de los treinta días siguientes a haberse producido la novedad.

LEY 17.671.

MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE IDENTIDAD



CLASE: **Uchra** SEXO: **Uchra**
 NOMBRES: **Uchra**
 NUMERO DE DOCUMENTO: **11 11 880**
 NACIONALIDAD: **Apurche**



DUPLICADO

Nacido/a el 8.12.50 en Moulin
 Part. o Dpto.: Ushuaia Provincia: Ushuaia
 Nación: Chile
DOMICILIO:
 Calle: Sec: 1 no: 51 PC: 16 No.:
 Piso: Dpto.: Monoblock:
 Ciudad o Pueblo: Ushuaia Barrio:
 Part. o Dpto.: Provincia: T. Fuepo
 Oficina Ident.: 1717
 Identif. el día: 1/6/90 Fecha de expiración: / /
 N° de CUIT o CUIL (si corresponde):

[Firma] [Firma]
 Firma del interesado Jefe Autorizante
 Registro Civil Ushuaia

PARA NATURALIZADOS ARGENTINOS

Naturalizada el 1 de Junio
 de 19 90
 Certificado de ciudadanía expedido por el
 Juzgado 1da. de Inst. de T. Fuepo
 Secretaría N° al.c. Jueg. Dr. Oscar Es.
 PENIA

Sello
 Fianza Autorizada - Anexo
 Resolución RND N° 779/87

[Firma]
 Firma

-2-

-3-

00014701

CAMBIOS DE DOMICILIO

Calle: Cabo de Hornos
Nº: 3800 Piso: _____ Dpto: _____
Ciudad o Pueblo: Ushuaia
Part. o Dpto.: Ushuaia
Barrio: _____ Monoblock: _____
Provincia: Mag. Fco. Of. Ident. 111
Fecha: 24/5/03

Calle: _____
Nº: _____ Piso: _____ Dpto: _____
Ciudad o Pueblo: _____
Part. o Dpto.: _____
Barrio: _____ Monoblock: _____
Provincia: _____ Of. Ident. _____
Fecha: _____

Sello

Firma

CAMBIOS DE DOMICILIO

Calle: _____
Nº: _____ Piso: _____ Dpto: _____
Ciudad o Pueblo: _____
Part. o Dpto.: _____
Barrio: _____ Monoblock: _____
Provincia: _____ Of. Ident. _____
Fecha: _____

Calle: _____
Nº: _____ Piso: _____ Dpto: _____
Ciudad o Pueblo: _____
Part. o Dpto.: _____
Barrio: _____ Monoblock: _____
Provincia: _____ Of. Ident. _____
Fecha: _____

Sello

Firma

Sello

Firma

SEEDOR DE ESTE DOCUMENTO
CUMPLE LOS 16 AÑOS, EL DÍA

Sello	Firma Jefe Of. Secc.
-------	----------------------

La presentación del documento nacional de identidad, expedido por el Registro Nacional de las Personas, será obligatoria en todas las circunstancias en que sea necesario probar la identidad de las personas comprendidas en esta Ley, sin que pueda ser suplido por ningún otro documento de identidad, cualquiera fuere su naturaleza y origen.

Art. 13 - Ley 17.671.

Todas las personas de existencia visible o sus representantes legales, comprendidas en la presente, están obligados a comunicar en las oficinas locales, consulares o que se habiliten como tales, el "cambio de domicilio", dentro de los treinta días hábiles siguientes a haberse producido la novedad.

17.671

27-7

MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE IDENTIDAD

ROPEZ TORRES

NOMBRES: *Ropez Torres*
 CLASE: *Elvira*
 SEXO: *Mujer*
 FECHA: *1971*

NÚMERO DE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: *18140084*
 NACIONALIDAD: *Argentino*

19440425871341

Nacido/a el 7/7/71 en Punta Arenas

Part. o Dpto.: Provincia:

Nación: Chile

DOMICILIO:

Calle: Cabo de Hornos No. 3880

Piso: Dpto: Monoblock:

Ciudad o Pueblo: Ushuaia Barrio:

Part. o Dpto.: Provincia: T. Fuego

Oficina Ident.: 1717

Identif. el día: 10/9/04 Fecha de expiración: / /

Nº de CUIT o CUIL (si corresponde):

Firma del interesado: Judith
Firma del autorizante: [Signature]
Registro Civil Ushuaia

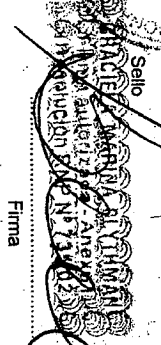
-2-

PARA NATURALIZADOS ARGENTINOS

Naturalizado/a el 8 de Julio de 2004

Certificado de ciudadanía expedido por el Juzgado Fed. de Ushuaia T. Fuego

de Alicia S. Burgos de Caluete



-3-

Firma

EL POSEEDOR DE ESTE DOCUMENTO
CUMPLE LOS 16 AÑOS, EL DIA:

Sello	Firma Jefe Of. Secc.
-------	----------------------

La presentación del documento nacional de identidad, expedido por el Registro Nacional de las Personas, será obligatoria en todas las circunstancias en que sea necesario probar la identidad de las personas comprendidas en esta Ley, sin que pueda ser suplido por ningún otro documento de identidad, cualquiera fuere su naturaleza y origen.

Art. 13 - Ley 17.671.

Todas las personas de existencia visible o sus representantes legales, comprendidas en la presente Ley, están obligados a comunicar en las oficinas seccionales, consulares o que se habiliten como tales, el "cambio de domicilio", dentro de los treinta días de haberse producido la novedad.

Art. 47 - Ley 17.671.

MERCOSUR
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

MUÑOZ LOPEZ

NOMBRES
Jose

Gerardo

CLASE
1991

SEXO
Varon

D.M.

NUMERO DE DOCUMENTO

06 452 764

NACIONALIDAD

Argentina



Impresión de la
pulg. índice



13170785795022



Nacido/a el 19.12.91 en Ushuaia
 Part. o Dpto.: Provincia: T. Fgo.
 Nación: Argentina
 DOMICILIO:
 Calle: Cabo de Hornos N°: 3880
 Piso: Dpto: Mondblock:
 Ciudad o Pueblo: Ushuaia Barrio:
 Part. o Dpto.: Provincia: T. FGO
 Oficina Ident.: 1714
 Identif. el día: 11/4/08 Fecha de expiración:
 N° de CUIT o CUIL (si corresponde):
José [Signature]
 Firma del interesado Jefe Dpto. Coord. Técnica y Operativa
 Firma del autorizante

PARA NATURALIZADOS ARGENTINOS

Naturalizado/a el de
 de
 Certificado de ciudadanía expedido por el
 Juzgado
 Secretaria N°

Sello

Firma



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

27 MAR 2007

Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 93849 M.M. 565
M. Laboral 6545

SUBSECRETARÍA DE SALUD PUBLICA
Dirección de Fiscalización Sanitaria Zona 2

CERTIFICADO Nº. 1765 -

ART. 3º LEY PROVINCIAL Nº 48

USHUAIA, 09 de JUNIO de 2005

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombres: MUÑOZ JOSÉ GERARDO
DNI - LE - LC - CI Nº 36.452.767 Edad: 13 años Sexo: masculino
Fecha de nacimiento: 18 / 12 / 91 Estado civil: soltero
Domicilio: CABO DE HORNO 3820 Localidad: USHUAIA
Provincia: TIERRA DEL FUEGO
Causa del daño (diag. final o presuntivo): trastornos del aprendizaje y la conducta

DEFICIENCIA: 1/13/2/24/24.0/24.1

DISCAPACIDAD: 1/15/16

DESVENTAJA: 2/3

Apto para Actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Minima
Prácticas		X	
Intelectuales			X
Sociales		X	
Deportivas		X	
Observaciones:			

(Según el manual de Clasificación Internacional de Disc., desv. y minusv.)

Validez del certificado:

- Permanente (válido por 10 años) Temporario Válido hasta el 09/06/2015
- Requiere libre estacionamiento SI NO
- Tiene necesidades de prótesis y/o elementos ortopédicos SI NO
- Requiere vehículo adaptado SI NO

ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA LA OBTENCIÓN DE BENEFICIOS PREVISIONALES

Firma del Presidente de la Junta Médica
Dr. Timmo Miguel A. Perillo - H.R.U. M.N. 74425

Firma de la Autoridad Sanitaria