

Ushuaia, 10 de Abril del 2012

Sr. Presidente del Consejo Deliberante:

Me dirijo a usted con todo mi debido respeto, con el motivo de solicitarle la eximision del pago de los derechos del cementerio Parque numero de orden 88/1997 porque yo me encuentro con una discapacidad que me impide trabajar .

Junto a esta nota le envio el certificado donde consta mi discapacidad y presente todos los certificados en renta.

421796 Consejo Deliberante.

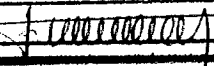
Bloque Partido Fueguino(sr.Lalo Cardenas).

Judith Eliana Lopez Torres

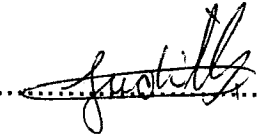
D.N.I:18.840.084

TEL:445600 15569668

DIRECCION: Cabo de Hornos N3880

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	10/04/12 Ms. 11 ^{ta}
Numero:	303
Fojas:	3
Expte. N°	42/12
Girado:	
Recibido:	

Saludos Atentamente.

 18840084

Firma



[Handwritten signature]
Lic. Mónica Froia
Directora de Discapacidad
Sub. de Políticas de Formación e Inclusión
Ministerio de Salud T.D.F.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

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

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha.....

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	
López Torres Judith	
D.N.I. N° 18.840.084	C.I. N°
L.C. N°	L.E. N°
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle... Cabo de Hornos N° 3880 ... Piso... Dpto... Entre calle... y	
Calle... Barrio... Belle Vista ... Localidad... Ushuaia	
Provincia... Tierra del Fuego ... CP 9.410 ... Teléfono 44 56 00	

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

Saludo a Ud. atentamente.

[Handwritten signature]
Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 93840 / 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:

Ripley Zouza Judith DNI: *18.840.084*
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

*Obesidad Grado III; Mix edema lipoproteídico secundario
a Síndrome de Sillero por HTE*

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

Obesidad Grado III

Al presente certificado médico deberá adjuntarse

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

III. Otras enfermedades:

(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
- Parcial
- Permanente
- Temporaria

Porcentaje estimado: *66,40 %*
(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
- Viseral
- Visual
- 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)

- SI
- NO

X. ¿Un tratamiento adecuado puede modificar el diagnóstico 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 24 de Julio*

[Firma]
Dra. Susana Zouza
Especialista en Medicina Laboral
M.N. 93840

Firma del médico actuante

[Firma]
Sandra Emilia Castro
Medicina Laboral
M.M. 248

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

Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 93840 / M.M. 566

Firma y sello de la Fiscalización Sanitaria



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

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
Dirección de Fiscalización Sanitaria Zona 2

CERTIFICADO Nº 1651

ART. 3º LEY PROVINCIAL Nº 48

USHUAIA, de FEBRERO de 2005

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombres: LOPEZ TORRES, JUDITH

DNI - LE - LC - CI Nº * 18.840084 Edad: Sexo: F

Fecha de nacimiento: 07/07/71 Estado civil:

Domicilio: Localidad: USHUAIA

Provincia T. DEL FUEGO

Causa del daño (diag. final o presuntivo) DESCONOCIDO

DEFICIENCIA: 21.3 70.64 93.3

DISCAPACIDAD: 4.44 70.6

DESVENTAJA: 3.1 6.5

Apto para Actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Minima
Prácticas	X		
Intelectuales	X		
Sociales	X		
Deportivas			X
Observaciones: <u>Digo DNI 18.840.084</u>	 María José Los Lamas Médico Generalista de Fiscalización Sanitaria Ushuaia		

(Según el manual de Clasificación Internacional de Disc., dev. y min.)

Validez del certificado:

Permanente (válido por 10 años)

Temporario Válido hasta el 1/2/2015

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 OBTENCION DE BENEFICIOS PREVISIONALES

MARIO E. MOLINARI
 Médico
 Mat. Nac. Nº 47.477

Dr. A. C. SAVULSKY
 M.N. 63455
 Dir. Fiscalización
 Sanitaria Ushuaia
 S.S. Ministerio de Salud

Firma del Presidente de la Junta Médica

Firma de la Autoridad Sanitaria