

USHUAIA, 05 DE AGOSTO DE 2013

Sr: Presidente del Consejo Deliberante

S/D

De mi consideración:

Me dirijo a usted para saludarlo, y por intermedio de esta nota, solicitarle los carteles de "Estacionamiento Reservado por Discapacidad", soy la mama y representante legal de mi hijo Diego David ARCHILLA, que sufre de Epilepsia Focal Compleja y Esclerosis Tuberosa. Mi nombre es Ana Adelina RIBOTTA, con domicilio en la calle, J.M. BEAUVOIR 2188 , Telefono: 434133- Celular: 15413696. Adjunto fotocopias de los certificados.

Esperando una respuesta a mi pedido, Saludo ATTE:



ANA ADELINA RIBOTTA

D.N.I: 16632817

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	5/08/13 Hs. 11:36
Numero:	847
Expta. N°	150/2013
Girado:	
Recibido:	Dados



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
Dirección de Fiscalización Sanitaria Ushuaia
MINISTERIO DE SALUD

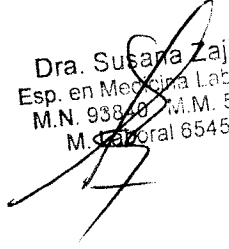
CONSTANCIA

-----En Ushuaia, capital de la Provincia de Tierra del Fuego Antártida e Islas del Atlántico Sur, a los 14 días del mes de Junio de 2006, la Dirección de Fiscalización Sanitaria Ushuaia, hace constar que se ha evaluado al Sr. ARCHILLA DIEGO DNI N° 35.283.542

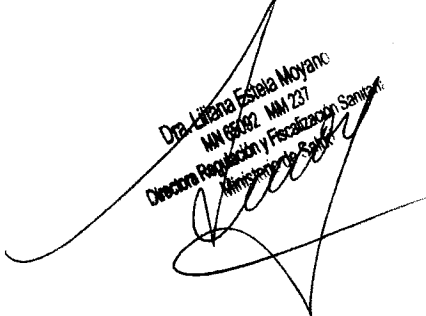
Diagnóstico: Epilepsia parcial compleja
Esclerosis tuberosa (síndrome cerebral orgánico crónico severo irreversible)

Incapacidad laborativa: 70 %


Dra. Mariel Estela Moyano
Médica M.N. 96972
Fiscalización Sanitaria
Zona 2


Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 93840 M.M. 505
M. Laboral 6545

Firma y aclaración:
Fecha y hora:


Dra. Liliana Estela Moyano
M.N. 65192 M.M. 237
Dirección Regulación y Fiscalización Sanitaria
Ministerio de Salud

CURAR EN SALUD ... META IDEAL DE LA MEDICINA PREVENTIVA
"Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur, y los Hielos Continentales, son y serán Argentinos"



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

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

ARECHUA Diego

(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

EPILEPSIA - FAMILIA COMPUESTA

ESTEROSIS TUBEROSA

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

DEL APRENDIZAJE

DEL DESARROLLO

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 ☒

Temporal ☐

Porcentaje estimado: 70 %
(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 ☒

31/05/2016

Lugar y fecha: USHUAIA, 31 DE MAYO

de 20...06

Firma del médico actuante

Dr. Timoteo Miguel Angel
Pediatría - H.R.U.
M.N. 74425

Firma del médico actuante

Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 83840 M.M. 565
Laboral 6545

Firma y sello del Director del Hospital

Firma y sello del Fiscalización Sanitaria

"Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur, y los Hielos Continentales son y serán Argentinas"