

**Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia**

BLOQUE MOVIMIENTO POPULAR FUEGUINO
CONCEJAL DAMIAN ALEJANDRO DE MARCO

NOTA N° ²⁴⁷ /2014
LETRA: BMPF – DAD

Ushuaia, 24 de Septiembre de 2014.-

**Señor Secretario
Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia
Dn. Alberto ARAUZ.**

S. _____ / _____ D.

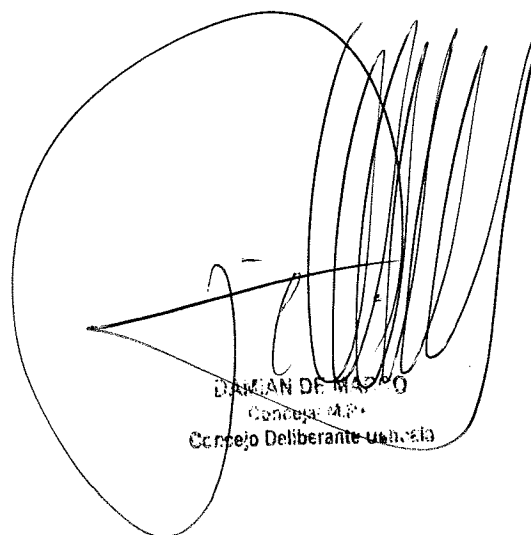
De mi mayor consideración:

Por medio de la presente me dirijo a Usted, a efectos de remitirle el siguiente proyecto de ORDENANZA, para que el mismo sea incorporado y tratado en la Sesión Ordinaria prevista para el día de la fecha, en virtud de los siguientes fundamentos.

Recibimos en nuestra Institución la solicitud del señor Domingo OJEDA, esposo de la Sra. María Adela GOMEZ, DNI 4.799.837, para que intercedamos ante el Departamento Ejecutivo Municipal y solicitemos la demarcación de un espacio reservado entre discos para personas con Discapacidad frente a su domicilio Lucas BRIDGES N° 815 de nuestra ciudad, ya que debe de movilizarse en sillas de ruedas por problemas de salud.

Por lo manifestado, solicito el acompañamiento de mis pares en la aprobación de la siguiente Ordenanza.

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ALUNTOS INGRESADOS	
Fecha: 29/09/14	Hs. 1434
Número: 1124	Fojas: 15
Dicta. N°	
Tramite:	



DAMIAN DE MARCO
Concejal M.P.
Concejo Deliberante Ushuaia



**Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia**

BLOQUE MOVIMIENTO POPULAR FUEGUINO
CONCEJAL DAMIAN ALEJANDRO DE MARCO

**EL CONCEJO DELIBERANTE DE LA CIUDAD DE USHUAIA
PROYECTO DE ORDENANZA**

ARTICULO 1º.- AUTORIZAR por el término de un (1) año un espacio reservado entre discos de siete (7) metros con la leyenda "Estacionamiento para personas con Discapacidad" en el domicilio sito en la calle Lucas BRIDGES N° 815 de nuestra ciudad, residencia de la señora Maria Adela GOMEZ, DNI 4.799.837

ARTÍCULO 2 .- INSTRUIR la Secretaría de Desarrollo y Gestión Urbana que a través del área que corresponda, proceda a la implantación de las señales correspondientes.

ARTÍCULO 3.- EXCEPTUAR al frentista indicado en el artículo 1º de la presente, como contribuyente del pago de la tasa mensual por espacio reservado en la vía pública, estipulado en la Ordenanza Tarifaria (Ordenanza Municipal 3501).

ARTÍCULO 4 .- REGISTRAR. Pasar al Departamento Ejecutivo Municipal para su Promulgación. Dar al Boletín Oficial Municipal para su publicación y ARCHIVAR.



DAMIAN DE MARCO
Concejal M.P.
Concejo Deliberante Ushuaia

OJEDA, DOMINGO
Tel. 1551.7246

CONSTANCIA DE SOLICITUD DE TRÁMITE PARA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

BOLETA RENUMERADA
N°



67340100004190069540035003

Certifico que el/la Sr/Ja **OJEDA, Domingo**
DNI N° 6930170 ha iniciado ante esta Oficina Seccional las formalidades correspondientes para tramitar:

NUEVO EJEMPLAR con cambio de domicilio
TIERRA DEL FUEGO
USHUAIA, TIERRA DEL FUEGO 14/ 08/ 2014

(Firma y sello Of. Público)

MADONNA CAROLINA E
FIERRO AUTORIZADA
Registro Civil Ushuaia
Tierra del Fuego

**LA PRESENTE CONSTANCIA NO ACREDITA
IDENTIDAD**

Id tramite: (290558412)

Registro Nacional de las Personas

Ministerio del Interior y
Transporte

Presidencia de la Nación

DOMICILIO DECLARADO EN EL TRÁMITE

LUCAS BRIDGES Nro:815 () USHUAIA ,USHUAIA ,TIERRA DEL
FUEGO, ARGENTINA.CP(9410)

DEMANDA DE MARIANO
Concepto: M.P.
Consejo Deliberante Ushuaia



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

Mariela E. Macchia
 Jefa División Discapacitados
 Ley 48 Dirección Provincial de Discapacitados
 Ushuaia M.S.

[Handwritten Signature]

02 SET. 2008

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha..... USHUAIA, 04.08.08

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:

APPELLIDOS Y NOMBRES DEL/ LA SOLICITANTE

GOMEZ MARIA ADELA

D.N.I. N° 4.799.837 C.I. N°

C.C. N° L.E. N°

DOMICILIO PARTICULAR

Calle KUANIP N° 183 Piso..... Dpto..... Entre calle..... y

Calle..... Barrio..... Localidad USHUAIA

Provincia T. del FUEGO CP 9410 Teléfono 437586 -

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

Saludo a Ud. atentamente.

.....
 Firma y sello del Responsable
 Director de Fiscalización Sanitaria

DAMIAN DE MARCO
 Concejal M.P.
 Concejo Deliberante Ushuaia



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

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE FISCALIZACION SANITARIA ZONA 2

Certificado N°: 2997/08
Art. 3° - Ley Provincial N° 48

USHUAIA, 10 de junio de 2007

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre/s: Gomez Mari Adela
 D.N.I. - L.C. - L.E. - C.I. N°: 4799837 Edad: 69 Sexo: Fem
 Fecha de nacimiento: 06 / 12 / 43 Estado civil: Casado
 Domicilio: Kuopia 183 Localidad: USHUAIA
 Provincia: T. del Fuego Tel.: 437 586
 Causa del daño (diagnóstico final o presuntivo):

DEFICIENCIA: 70.21 - 74.4
 DISCAPACIDAD: 4.40 - 4.46 - 4.47
 DESVENTAJA: 2.2 3.3 4.6

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

(Según el manual de Clasificación Internacional de Discapacidades, desventajas y minusvalías)

Validez del Certificado:

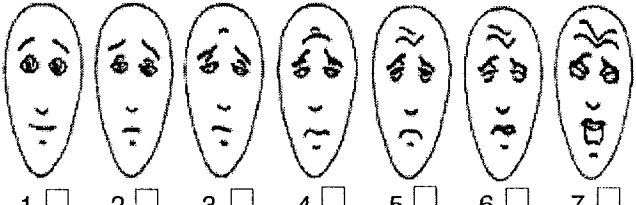
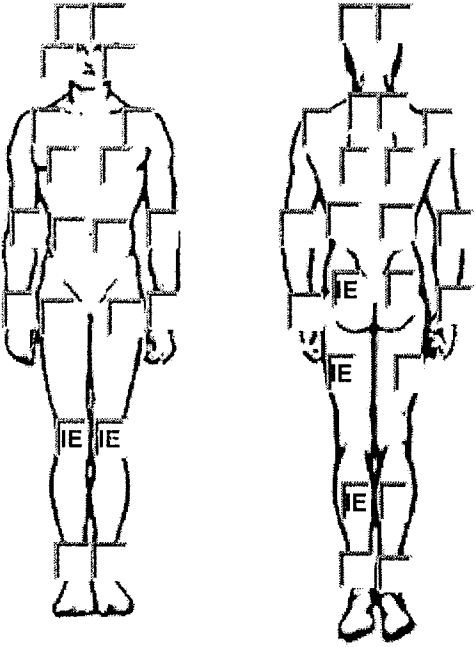
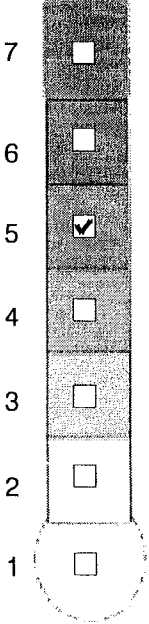
Permanente: (válido por 10 años) Temporario: Valido hasta el: 10 / 6 / 11
 Requiere libre estacionamiento: SI NO
 Tiene necesidades de prótesis y/o elementos ortopédicos: SI NO
 Requiere vehículo adaptado: SI NO

Este certificado no es válido para la obtención de beneficios previsionales

NESTOR G. RIVERO Médico M.N. 104725 - M.M. 583
 Firma del Presidente de la Junta Médica
DR. PATRICIO LABAL Médico Neurólogo M.N. 60487
 Firma de la Autoridad Sanitaria

ADMISION EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA EL ABORDAJE DE PACIENTES CON DOLOR CRONICO

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE	Gomez, Maria Adela	
EDAD:	68	
OBRA SOCIAL:	INSSJP	DOMICILIO: Lucas Bridges 815
HISTORIA CLINICA N°	4799837	
TELEFONO N°	444000	
E-MAIL:	---	
FECHA:	29/08/2012	
DERIVADO POR:	DR GARCIA	
DOLOR:	LUMBOCIATALGIA - GONALGIA	
TIPO:	MECANICO + NEUROPATICO	
INICIO:	DIAGNOSTICO DE ATAXIA CEREBELOSA 2001	
DURACION:	> 10 AÑOS	
Factores atenuantes del dolor:	REPOSO EN CAMA , SEDESTACION	
Factores agravantes del dolor:	INTENTO DE BIPEDESTACION	

LOCALIZACION:	INTENSIDAD:
<p>Señalar en el gráfico adjunto la zona donde se localiza el dolor. Externo:(e), (i), Si el Dolor es Interno: si son ambos: (ei)</p>	 <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p>
	 <p>7 <input type="checkbox"/> PEOR DOLOR IMAGINABLE 6 <input type="checkbox"/> DOLOR EXTREMO 5 <input checked="" type="checkbox"/> DOLOR SEVERO 4 <input type="checkbox"/> DOLOR MODERADO 3 <input type="checkbox"/> DOLOR LEVE 2 <input type="checkbox"/> DOLOR SUAVE 1 <input type="checkbox"/> SIN DOLOR</p>

DESCRIPCION DEL DOLOR: Escoger una sola palabra de cada apartado que mejor defina el tipo de dolor que se padece en este momento

- | | | | | |
|--|--|--|---|--|
| 1 Aletea <input type="checkbox"/> | 2 Brinco <input type="checkbox"/> | 3 Pincha <input type="checkbox"/> | 4 Agudo <input type="checkbox"/> | 5 Pellizca <input type="checkbox"/> |
| Tiembla <input type="checkbox"/> | Destello <input type="checkbox"/> | Perfora <input type="checkbox"/> | Cortante <input type="checkbox"/> | Aprieta <input type="checkbox"/> |

21/7/14

Hernán D. García
HERNAN D. GARCIA
 MEDICO
 Mat. Nuc. N° 121143
 Esp. en CLINICA MEDICA

Late
Palpita
Golpea
Martilla

Disparo

Taladra
Apuñala
Lancinante

Lacerante

Roe
Acalambra
Aplasta

6 Tira
Tracciona
Arranca

7 Calienta
Quema
Escalda
Abrasa

8 Hormigueo
Picor
Escozor
Agujoneo

9 Sordo
Penoso
Hiriente
Irritante
Pesado

10 Sensible
Tirante
Aspero
Raja

11 Cansa
Agota

1 Marea
Sofoca

1 Miedo
Espanto
Pavor

1 Castigador
Abrumador
Cruel
Rabioso
Mortificante

15 Desdichado
Cegador

16 Molesto
Preocupante
Apabullante
Intenso
Insoportable

17 Difuso
Irradia
Penetrante
Punzante

18 Apretado
Entumecido
Exprimido
Estrujado
Desgarrado

19 Freseo
Frio
Helado

20 Desagradable
Nauseabundo
Agonístico
Terrible
Torturante

CUESTIONARIO DE MCGUILL-MELZACK. CAMBIOS QUE EXPERIMENTA EL DOLOR. INTENSIDAD DEL DOLOR

1 Continuo
Invariable
Constante
2 Ritmico
Periodico
Intermitent
3 Breve
Momentane
Transitorio

Tratamientos previos:

Tratamiento Actual:

INTENSIDAD DEL DOLOR: Elegir la palabra que mejor refleje la magnitud del dolor en este momento

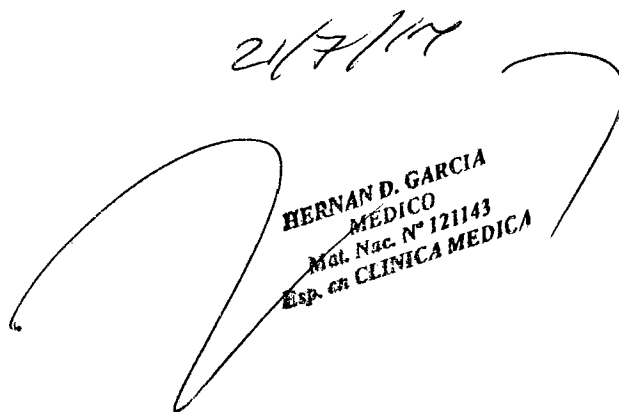
1 Ligero 2 Molesto 3 Angustioso 4 Horrible 5 Atroz

Ocupacion actual (al momento de la Admisión):

NINGUNA

Ocupacion anterior (a la aparición del dolor/diagnóstico):

NINGUNA

21/7/14

HERNÁN D. GARCÍA
MÉDICO
Mat. Nac. N° 121143
Esp. en CLÍNICA MÉDICA

Nombre de 5 a 10 activ diaria que dejo de hacer x sentir dolor:

PRACTICAMENTE NINGUNA ACTIVIDAD

Observaciones:

DIAGNOSTICO DE ATAXIA CEREBELOS HEREDOFAMILIAR EN 2001. DOLOR PERSISTENTE, CRONICO. POSTERIORMENTE SUMA ARTROSIS. EN 2008 TTO CON GABAPENTIN, MEJORO DOLOR NEUROPÁTICO. GASTRITIS CRONICA. DOLOR SEVERO DESDE 2009 TTO CON FENTANILO PARCHES. 2009. REEMPLAZADOS EN LA ACTUALIDAD POR BUPRENORFINA PARCHES. MARCHA ATAXICA CON INESTABILIDAD Y DEBILIDAD. UTILIZA SILLA DE RUEDAS PARA MOVILIZACION. REQUIERE ASISTENCIA DE TERCEROS. SE EXTIENDE EL PRESENTE INFORME A LOS 21 DIAS DE JULIO DE 2014 PARA SER PRESENTADO ANTE QUIEN CORRESPONDA.

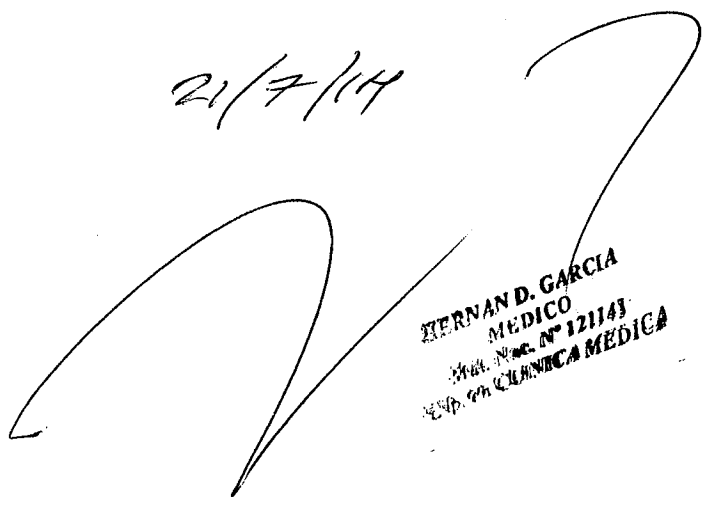
IMPRIMIR FORMULARIO:



IMPRIMIR INFORME:



21/7/14



BERNARD D. GARCIA
MEDICO
Méd. N.º 121143
ESP. EN CLINICA MEDICA

EL POSEEDOR DE ESTE DOCUMENTO
CUMPLE LOS 18 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.

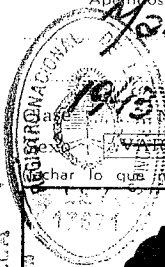
Todas las personas de existencia visible o sus representantes legales, comprendidas en la presente Ley, están obligados a comunicar en las oficinas seccionales, consulares o que se habiliten como tales, el "cambio de domicilio", dentro de los treinta días de haberse producido la novedad.
Art. 47 - Ley 17.671.

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD DE:

GOMEZ

Apellidos (si es mujer el de soltera)

Maria Adela
Nombres



1943 No. **F. 4.799.837**

VACION MUJER D. M.

(Echar lo que no corresponda)

JUANA I. BELLA



impresión dígito pulgar derecho

Firma del interesado

1

PARA NATURALIZADOS ARGENTINOS

Nacido el **6** de **Diciembre**
de 19**43** en **Ushuaia**

Part. o Depto. _____
Provincia **Tierra del Fuego**
Nación **Argentina**

C. I. N° _____
Expedida por _____

DOMICILIO
Calle **Estanislao Zeballos**

279
Ciudad **Gral Alvear**

Part. o Depto. _____
Provincia **Mendoza**

Of. Secc. _____
Identificación el día **19/11/82**

sello _____
Firma _____

Naturalizado/a el _____ de _____
de 19 _____

Certificado de ciudadanía expedido por el
Juzgado _____

Secretaría N° _____

sello _____
Firma _____

CAMBIOS DE DOMICILIO

Calle **San Juan**
N° **1442**

Ciudad o Pueblo **Civilidad**
Part. o Depto. **Capital**

Provincia **Mendoza**
Of. Ident. **1368**

Fecha **16/3-99**
sello _____
Firma _____

Calle **Kuanip**

Ciudad o Pueblo **Ushuaia**
Part. o Depto. **Ushuaia**

Provincia **Tierra del Fuego**
Of. Ident. **1117**

Fecha **29/05-06**
sello _____
Firma _____

MONICA B. PEREYRA
Jefe Dpto. Coord. Adm.

Registro Civil Ushuaia

Calle _____ N° _____

Ciudad o Pueblo _____

Part. o Depto. _____

Provincia _____

Of. Ident. _____

Fecha _____

sello _____
Firma _____

Calle _____ N° _____

Ciudad o Pueblo _____

Part. o Depto. _____

Provincia _____

Of. Ident. _____

Fecha _____

sello _____
Firma _____


12 de agosto de 2014


Sres. del concejo deliberante

Solicito a ustedes el permiso para obtener un estacionamiento privilegiado por discapacidad en mi domicilio, cito en Lucas Bridges 815.

Adjunto a ustedes documentos que dan fe de la discapacidad.

Cordialmente


Gomez, Maria Adela
DNI 4.799.837


RECIBIDO
BTPP.
12/08/14.

vido para bañarlo. Tampoco se deben utilizar en esa tarea las gasas o algodones empleados para atender a la madre, ya que tales elementos pueden constituirse en vehiculos de infección.

CUIDE SU VISTA Y VELE POR LA DE SUS SEMEJANTES. Se lo pide el PATRONATO NACIONAL DE CIEGOS

Modo práctico de aplicar el "Método Credé"

1º - Inmediatamente después de nacido el niño, se le higienizarán detenidamente sus párpados, aplicándosele un trozo de algodón esterilizado empapado en una solución boricada o en agua hervida; los párpados deberán estar cerrados, efectuándose la limpieza, del lado de la nariz hacia afuera, utilizándose para cada ojo un trozo diferente de algodón.

2º - Luego se separarán cuidadosamente los párpados, colocándose en cada ojo, debajo del párpado inferior, dos gotas de solución de nitrato de plata al 1 %.

3º - La colocación de esas gotas podrá ser reemplazada, mediante la aplicación de suaves toques de nitrato de plata al 2 %, efectuados también en cada ojo, en la cara interna de ambos párpados.

22

DUPLICADO

MATRIMONIO DE:

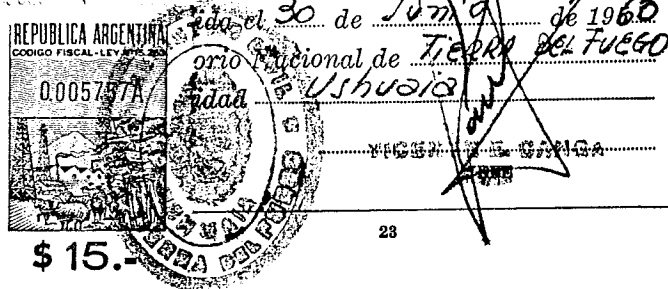
Don Domingo Ojeda
Hijo de Domingo Ojeda
y de Doña Mauricia Chiloti
Nacido en Bowen Menendez el 2-XII-36
Profesión Veluquero
Domiciliado en Ushuaia

Si fuere Matricula individual N° 693040
 argentino o Distrito militar 52
naturalizado. Región 48

CON:

Doña Maria Adela Gomez
Hija de Don Galvarino Gomez
y de Doña Adela Bernales
Nacida en Ushuaia el 6-XII-43
Profesión domesticos
Domiciliada en Ushuaia

Acta N° 10 Folio 39 Tomo 12
30 de Junio de 1960



23

DAMIAN DE MARCO
Concejal N.º
Concejo Deliberante ushuaia

DUPLICADO

NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES DE LOS HIJOS

I

Doña MARIA CRISTINA

Nació el 10 de Falleció el

Julio de 1957

En Ushuaia En

Nº del acta 47 Nº del acta

Folio 17 Tomo 19 Folio Tomo

VICENTE E. CANGA
JEFE

JEFE

II

Don HECTOR OSMAR

Nació el 13 de Falleció el

Agosto de 1961

En Ushuaia En

Nº del acta 41 Nº del acta

Folio 21 Tomo I Folio Tomo

VICENTE E. CANGA
JEFE

JEFE

24

DUPLICADO

III

Don NESTOR

Nació el 17 de Falleció el

Octubre de 1962

En Ushuaia En

Nº del acta 401 Nº del acta

Folio 101 Tomo 110 Folio Tomo

VICENTE E. CANGA
JEFE

JEFE

IV

Don

Nació el Falleció el

En En

Nº del acta Nº del acta

Folio Tomo Folio Tomo

JEFE

JEFE

25

DAMIÁN DE MARCO
Concejal M.P.
Concejo Deliberante Ushuaia

REGISTRO NACIONAL DE LA PROPIEDAD DEL AUTOMOTOR
CEDULA DE IDENTIFICACION DEL AUTOMOTOR

AL TENER LA PROPIEDAD O EL DERECHO DE AUTORIZACION PARA SU USO, EL TITULAR DE ESTA CEDULA AUTOMATORIA QUEDA SUJETO A LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN LA LEY.

DOMICILIO: **LA JUEZA**

LOG/PROV: **13**

REG. SECCIONAL: **LA JUEZA**

FECHA: **29 ABR 2008**

CONTROL: **31345412**

DOMINIO: **LA JUEZA** OBIG: _____

TITULAR: **DIANA TORIBIO**

DOCUMENTO: **D.N.I. 4950170**

MARCA: **FIAT**

MODELO: **ALFA ROMEO 500**

HEC: **SENA 574**

CHASIS: **PA 2518291376102**

MOTOR: **47163182**

VENGE: **29/04/2010**

CONTROL: **31345412**

DAMIAN DE MARCO
 Concejal MP
 Concejo Deliberante Ush. 13



Marisa E. Macchia
 Jefa División Discapacidad
 Ley 48 - Dirección Fiscalización
 Ushuaia - M.S.

[Handwritten signature]
 02 SET. 2008

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

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

GOMEZ MARIA ADELA

(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

TOTAL Y PERMANENTE

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

ATROFIA CEREBELUSA - SIND. CEREBELUSO-ATAXIS HERED. FAMILIAR

Al presente certificado médico deberá adjuntarse

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

III. Otras enfermedades:

DOLOR NAUSEABUNDO - OSTEOPENIA - OSTEOPOROSIS - GONARTROSIS - COLICITIS

(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%
 (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)

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, 04 de AGOSTO de 2008.

[Handwritten signature]
 Dra. SANCHEZ Rosa E.
 Jefa División Discapacidad
 Firma del médico actuante

[Handwritten signature]
 Firma del médico actuante

Firma y sello del Director del Hospital

Firma y sello del Fiscalización Sanitaria

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

Consejo Nacional de Conductores
Tierra del Fuego - Ushuaia

LICENCIA N° 6930170 SEXO M
APELLIDO OJEDA
NOMBRE DOMINGO
FECHA DE NAC. 02/12/1936
DOMICILIO KUANIP

NACIONALIDAD ARGENTINA
OTORGAMIENTO 17/11/2011 VTO. 17/11/2012
CATEGORIA RENOVACION
CLASE B

Ministerio del Interior
República Argentina

B-1. Automóviles, utilitarios, camionetas y camionetas motorizadas hasta 3500kg de peso total.

OBSERVACIONES

GRUPO Y FACTOR 0*

Rubén Julio Maurino
MAURINO, RUBEN JULIO
DIRECTOR DE TRANSITO

DAMIÁN DE MARCO
Concejal MP
Concejo Deliberante Ushuaia