

25 de Abril. 2014.

USHUAIA 407

395 - 1/6

SR. Presidente del Consejo Deliberante

DAMIAN DIMARCO

S/D.

Solicito por su intermedio o a quien correspondo, me podria facilitar un estacionamiento Reservado para persona c/ discapacidad. Mi hijo Soto. MARIO Guadalupe padece de una discapacidad Muscular (Hipotonia severa, generalizada) y necesita atencion diaria las 24 hs. Requiere la asistencia de profesionales varias veces por dia. todos los dias del año.

Sin otro en particular

y esperando una pronta respuesta Afirmativa.

SALUDO A USTED A He.

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	25/04/14 Hs. 12:28
Numero:	395 Fojas: 6
Expte. N°	
Girado:	
Recibido:	<i>[Signature]</i>

*[Signature]*  
 HUMANI PROLA  
 24.584.458.

Dirección: delegario ANDRADE 433. Dpto "B"

Tel: (02901) 421086



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

29 OCT. 2007

ES GOPIA

**CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL**

Lugar y Fecha... *Ushuaia, 29 de Octubre de 2007*

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>Soto Mamani Maria Guadalupe</i>	
D.N.I. N° <i>47.811.569</i>	C.I. N° <i>—</i>
L.C. N° <i>—</i>	L.E. N° <i>—</i>
DOMICILIO PARTICULAR	
<i>Oleodoro</i>	
Calle... <i>A. de Arce</i> N° <i>433</i> Piso..... Dpto..... Entre calle..... y	
Calle..... Barrio..... Localidad... <i>Ushuaia</i>	
Provincia... <i>T. del Fuego</i> CP. <i>9410</i> Teléfono... <i>15496132</i> <i>15419143</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. Miller Mónica - M.M. 26417 2781  
 Jefe Dpto. Fiscalización Sanitaria  
 Dpto. Reg. y Fis. Sanitaria  
 Ministerio de Salud  
 Firma y sello del Responsable  
 Director de Fiscalización Sanitaria



Dra. Liliana Estela Moyano  
MN 65092 MM 237  
Directora Regulación y Fiscalización Sanitaria  
Ministerio de Salud

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

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCION DE FISCALIZACION SANITARIA ZONA 2

Certificado N°: 2745  
Art. 3° - Ley Provincial N° 48

USHUAIA, 21 de Agosto de 2017

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Apellido y Nombre/s: SOTO MARIA GUADALUPE  
D.N.I. - L.C. - L.E. - C.I. N°: 47.811.569 Edad: 5 meses Sexo: FEM  
Fecha de nacimiento: 21 / 03 / 07 Estado civil: SOL  
Domicilio: Olegario Avda 433 Localidad: USHUAIA  
Provincia: TIERRA DEL FUEGO Tel: \_\_\_\_\_  
Causa del daño (diagnóstico final o presuntivo): SINDROME HIPO TERIA TERCERA

DEFICIENCIA: 1/12/0/68.6/69.7/73/73.22  
DISCAPACIDAD: 1/15/6/7/70.1  
DESVENTAJA: 2/8

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: 21 / 08 / 2017  
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**

Firma del Presidente de la Junta Médica  
Dr. Miguel Ángel  
Pediatría - I.R.U.  
MN 74425

Firma de la Autoridad Sanitaria  
Dra. Liliana Estela Moyano  
MN 65092 MM 237  
Directora Regulación y Fiscalización Sanitaria  
Ministerio de Salud



29 OCT. 2007

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

ES 3301A

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

Soto Madonna, María Guadalupe  
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

Cardiopatía flaccida

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

Hipotonía muscular severa - frnt de la deplución

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  Permanente   
Parcial  Temporaria

Porcentaje estimado: — %  
(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?  
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 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   
de 20..... 29/10/2012

Lugar y fecha: Ushuaia, 29/10/07

Dra. Ma. José Lagos Lamar  
Médica M.N. 99972  
Fiscalización Sanitaria  
Firma del médico actuante

Dra. Susana Zajic  
Esp. en Medicina Laboral  
M.N. 93648 A.M. 665  
M. L. 474 6545  
Firma del médico actuante

Firma y sello del Director del Hospital

Dra. Lucila Lábica - M.N. 81177 491  
Jefa Eplo. Esc. de Amb. 999  
Dra. F. y G. de la Plata - M.N. 99999  
Firma y sello del Fiscalización Sanitaria

DOMICILIO:  
 Calle: Eva Peron N°: 158  
 Piso: 1 Dpto: 1 Monoblock: 1  
 Ciudad o Pueblo: Ushuaia Barrio: 1  
 Part. o Dpto.: Ushuaia Provincia: T. del Fuego

Este documento sin actualización será válido hasta  
 el 21 de Marzo 2015  
 Oficina Ident. 1717  
 Identif. el día: 28.03.07 Fecha de expiración: 1/1/11

SELLC

Firma de Of. Secc.

---

ACTUALIZACION

Of. Secc. N° .....  
 Fecha .....

Firma del Identificador

Impresión digital  
 Lugar derecho

No colocar foto ni tener  
 impresión digital hasta  
 su actualización

Foto 4 x 4 Fondo  
 blanco 3/4 perfil  
 derecho

SELLC

Firma de Of. Secc.

MERCOSUR  
 DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD  
**SOTO**

APPELLIDOS **Maria GUADALUPE**  
 NOMBRES

Clase 2007 N° 47811569 Sexo  M  F  
 (Tachar lo que no corresponda)

Nacido/a el 01 de Marzo de 2007  
 en Ushuaia Part. o Dpto. Ushuaia  
 Prov. T. del Fuego Nación Argentina  
 Doc. del denunciante DNI  
 N° de documento 30181105

Firma del denunciante

23110629601667

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 acreditar la identidad de las personas comprendidas en esta Ley, sin que pueda ser sustituido por ningún otro documento de identidad cualquiera fuera su naturaleza y origen.

Art. 13 - Ley 17.671

La primera actualización de datos deberá exigirse al llegar la persona a la edad escolar y a más tardar a los 16 años. Cumplida la primera actualización, establecerse la extensión de la validez del DNI por 152 días corridos consecutivos a partir de la fecha en que se actualizó con esa extensión por haber alcanzado los 16 años de edad.

Conf. Art. 10. Ley N° 17.671 - Dto. N° 536/04.

00011074

OTRAS ANOTACIONES QUE MODIFICAN O COMPLEMENTAN

.....

.....

.....

.....

.....

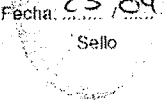
.....

.....

.....

CAMBIOS DE DOMICILIO

Calle: Olegario Andrade  
 N°: 433 Piso: — Dpto.: B  
 Ciudad o Pueblo: Ushuaia  
 Part. o Dpto.: Ushuaia  
 Barrio: — Monoblock: —  
 Provincia: T. D. Tierra del Fuego Of. Ident.: 133  
 Fecha: 23/04/07

Sello:   
 DIRECTORA  
 Registro Civil Ushuaia

Firma

Calle: .....

N°: ..... Piso: ..... Dpto.: .....

Ciudad o Pueblo: .....

Part. o Dpto.: .....

Barrio: ..... Monoblock: .....

Provincia: ..... Of. Ident.: .....

Fecha: ..... / ..... / .....

Sello

Firma