

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>Oleario</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. 26417 2781
 Jefe Dpto. Fiscalización Sanitaria
 Dpto. Reg. y Fis. Sanitaria
 Ministerio de Salud

 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
 DIRECCION DE FISCALIZACION SANITARIA ZONA 2

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

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 Avardado 433 Localidad: USHUAIA
 Provincia: TIERRA DEL FUEGO Tel: _____
 Causa del daño (diagnóstico final o presuntivo): SINDROME HIPOTELAMICA SEVERA

DEFICIENCIA: 1/12/0/68.6/69.7/73/73.82
 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

[Signature]
 Dr. Timoteo Miguel Angel
 Pediatría - H.R.U.
 MN 74425
 Firma del Presidente de la Junta Médica

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



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 - fruct 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. Lucille Lábica - M.M. 051 107 091
Jefa Eplo. Esc. de Amb. 1º y 2º año
Dra. F. y G. de la Plata - M.M. 051 107 091
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/a

Foto 4 x 4 Fondo blanco 3/4 perfil derecho

No colocar foto ni tener impresión digital hasta su actualización

SELLC

Firma de Of. Secc.

Impresión digital
 Lugar derecho

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. Fuego Of. Ident.: 1713
 Fecha: 23/04/07



LIDIA A. SOSA

DIRECTORA
Registro Civil Ushuaia

Firma

Calle:

N°: Piso: Dpto.:

Ciudad o Pueblo:

Part. o Dpto.:

Barrio: Monoblock:

Provincia: Of. Ident.:

Fecha: / /

Sello

Firma