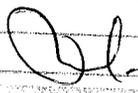


640 - 1/9

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha: 18/06/14	Hs. 11:44
Numero: 640	Fojas: 7
Expta. N°	
Girado:	
Recibido:	

Ushuaia, 18 de junio de 2014.

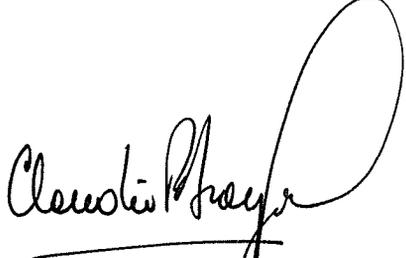
Señor
Presidente del Concejo Deliberante
Concejal Damian De Marco
S _____ / _____ D

Me dirijo a usted a fin de solicitarle estacionamiento reservado para persona con discapacidad, en calle San Martin 1138.

Tal solicitud se funda en que tengo una hermana que sufre una discapacidad, y resulta necesario trasladarla a diferentes lugares, por lo tanto resulta necesario disponer de ese espacio.

Adjunto certificados.

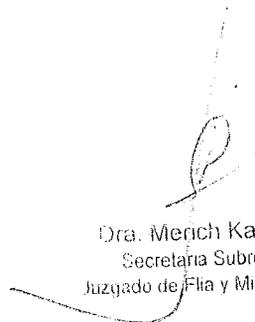
Sin otro particular lo saludo atentamente.


CLAUDIA FERNANDEZ
17.060665

CERTIFICADO DE JUICIO EN TRAMITE

CERTIFICO que por ante este Juzgado de Primera Instancia de Familia y Minoridad N° 1 del Distrito Judicial Sur de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, a cargo del Dr. Alejandro Ferrero, Secretaría a cargo de la Dra. Karina R. Merich, y con sede en la calle Congreso Nacional N° 502 de la Ciudad de Ushuaia, se tramitan los autos caratulados: "FERNANDEZ LOPEZ, María Angela de Lourdes S/ INSANIA (Expte. N° 17212/2014)"-----

A los efectos de ser presentado ante quien corresponde, expido el presente en la Ciudad de Ushuaia a los 6 días del mes de mayo de 2014.-----


Dra. Merich Karina R.
Secretaria Subrogante
Juzgado de Fla y Minoridad N°1



Dr. Héctor Eduardo Iddon
Matr. nac. 48.297.
Psicofarmacología
Matrícula Provincial MM781

Neurólogo de Niños
Master en
Médico Itinerante IPAUS en
Provincia de Tierra del Fuego

FERNANDEZ LOPEZ, MARIA ANGELA
42 AÑOS.
Ipauss 23258967

20 de marzo 2014. Interconsulta hospitalaria, en Hospital zonal, donde se halla internada.

Discapacitada mental grave, que se encuentra medicada con Valcote 500 x 8 comprimidos diarios, Sabril 500 2 comprimidos, Karidium 10 1 comprimido y Rivotril 2 comprimidos. La paciente recibe todo este plan por vía oral y se requiere saber cómo proceder para la realización de una cirugía abdominal.

Comenzó a recibir sus DAE desde lactante con diagnóstico de West. Lennox. No fue controlada durante largo tiempo. Se fue manteniendo las mismas indicaciones que se le dieron por décadas. Y se fue modificando aleatoriamente las dosis.

Tiene una litiasis vesicular y una imagen hepática patológica que requiere ser explorada laparoscópicamente para biopsia.

Ha tenido una pérdida de peso importante en los últimos meses por lo que se supone causa oncológica.

Se detecta un hipotiroidismo, probablemente secundario a sobredosis de VP. Que se encuentra medicado con T4.

Propuse al grupo de colegas.

Suspender la medicación oral y reemplazar por un goteo continuo de EPAMIN a dosis de 7 mgr kpd.

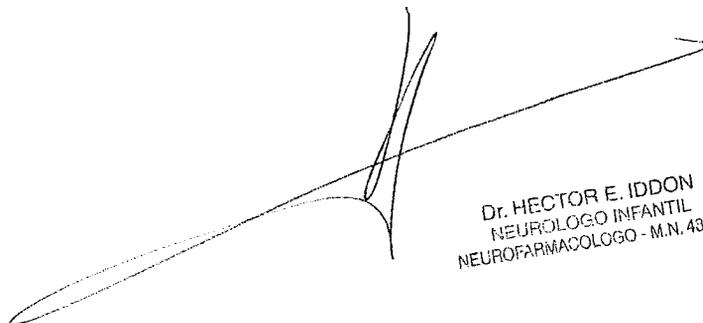
Una vez superado el acto quirúrgico que se programa para dentro de tres días, y si se encuentra estabilizada la paciente se podría pasar a Fenitoina oral en igual dosis.

El margen de flexibilidad de FT es de 5 a 10 mgr kpd.

Si fuera necesario agregar un segundo anticonvulsivante podría sumarse diazapán.

2 DE JUNIO 2014.

**MANTIENE TRATAMIENTO PROLONGADO CON FENITOINA-
EPAMIN LIQUIDO 30 CC POR DÍA. 1 FRASCO CADA CUATRO DÍAS.**



Dr. HECTOR E. IDDON
NEURÓLOGO INFANTIL
NEUROFARMACÓLOGO - M.N. 43297



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

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha. *Ushuaia, 6/02/13*

Sr: Director del Hospital.....

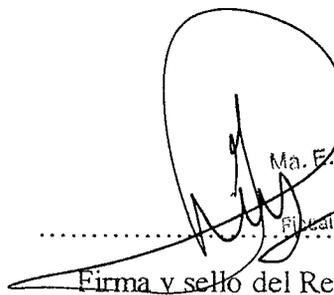
De mi mayor consideración:

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>Fernandez Lopez Maria Angeles D.</i>	
D.N.I. N° <i>23258967</i>	C.I. N°
L.C. N°	L.E. N°
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle <i>San Martín</i> N° <i>1138</i> Piso.....Dpto.....Entre calle.....y	
Calle.....	Barrio.....Localidad <i>Ushuaia</i>
Provincia <i>TDF</i>	CP <i>9410</i> Teléfono <i>15604477</i>

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

Saludo a Ud. atentamente.


 Ma. E. MARANDINO
 MÉDICA
 MM - 635
 Fiscalización Sanitaria

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:

Fernández Lopez María Angeles D.

(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

Enfermedad de West y retraso madurativo severo

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

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: *70 %*
(de incapacidad laboral) *(setenta)*

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, 6 de Feb /* de 20*13*

Firma del médico actuante

Firma del médico actuante

DR. ERIC R. MANRIQUE
M.C. DIRECTOR GENERAL
HOSPITAL REGIONAL DE USHUAIA

RUBEN O. SANTOS
Med. Generalista y Laboral
M.P.M.M. 117

Firma y sello del Fiscalización Sanitaria



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

SUBSECRETARIA DE SALUD COMUNITARIA
Dirección de Fiscalización Sanitaria - Ushuaia

CERTIFICADO N° 355-09-

ART. 3° LEY PROVINCIAL N° 48

Ushuaia, 10 de Febrero de 2009

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre: Fernandez Nouza Angela
 DNI - LE - LG - CIN: 23258967 Edad: 34a Sexo: F
 Fecha de nacimiento: 22/5/73 Estado Civil: Soltero
 Domicilio: San Martín 1138 Localidad: USHUAIA
 Provincia: Tierra del Fuego
 Causa del daño (diag. final o presuntivo): Síndrome Wern.

DEFICIENCIA: 11/21.2/30.4/57.5/87.6/90.64
 DISCAPACIDAD: 10/11/13/14/15/17/18/22.2/28/29/33/31 -
34/50/51/60/61
 DESVENTAJA: 1.4/2.6/3.3/4.7/5.4/6.2/7.1

Apto para Actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Mínima
Prácticas			Y
Intelectuales			Y
Sociales			Y
Deportivas			Y
Observaciones: * <u>Diagn. Edad: 35 años</u>	M. E. Macchia Jefa División Discapacidad Ley 48 - Dirección Fiscalización Ushuaia - M.S. 18 FEB. 2009		

Validez del certificado:
 Permanente (válido por 10 años) Temporario Válido hasta el / /
 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 PAR LA OBTENCIÓN DE BENEFICIOS PREVISIONALES

Dr. PATRICIO LABAL
 Médico Neurólogo
 M. N. 60487
 Firma del Presidente de la Junta Médica

Dr. SINGAGLIA
 M. N. 105

Dra. Susana Zajic
 Esp. en Medicina Laboral
 M.N. 93840 / 417 565
 M. Laboral 6546
 Firma de la Autoridad Sanitaria

- Este certificado es único e intransferible, no podrá ser retenido por otros. Para todo trámite utilice fotocopia del presente "NO ENTREGUE EL ORIGINAL"
- En caso de extravío deberá presentar denuncia policial para obtener una constancia que lo supla.
- Este certificado es provincial con alcance nacional; para mayor información dirigirse a la comisión provincial coordinadora para la discapacidad.
- Para todo trámite o gestión que realice deberá ser presentado conjuntamente con documentación que acredite la identidad del titular.
- Este certificado tiene valor únicamente para su titular. En caso de hallarlo en la vía pública, se ruega entregarlo en la dependencia sanitaria más próxima.