



**Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia**

BLOQUE MOVIMIENTO POPULAR FUEGUINO
CONCEJAL DAMIAN ALEJANDRO DE MARCO

CONCEJO DELIBERANTE DE LA CIUDAD DE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INCORPORADOS	
Fecha:	27 de Junio de 2014 Hs. 10:00
Numero:	693 Folios: 7
Expte. N°	
Clasificado:	
Recibido:	<i>[Signature]</i>

NOTA N° 163 /2014
LETRA: BMPF – DAD

Ushuaia, 26 de Junio de 2014.-

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

S. _____ / _____ D.

De mi mayor consideración:

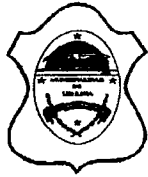
Por medio de la presente me dirijo a Usted, a efectos de remitirle el siguiente proyecto de ORDENANZA, para que el mismo sea incorporado y tratado en la Sesión Ordinaria prevista para el día 02 de Julio del corriente año, en virtud de los siguientes fundamentos.

Recibimos en nuestra Institución la solicitud del señor José Enerico HARO SANTANA, DNI 18.886.069, para que intercedamos ante el Departamento Ejecutivo Municipal y requerir la demarcación de un espacio reservado entre discos para personas con Discapacidad frente a su domicilio sito en la calle Río Grande N° 125 de nuestra ciudad, ya que debido a su discapacidad se le hace sumamente complicado poder desplazarse con normalidad.

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

[Signature]

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 dos (2) años un espacio reservado entre discos de siete (7) metros con la leyenda "Estacionamiento para personas con Discapacidad frente a su domicilio sito en la calle Río Grande Nº 125 de nuestra ciudad, residencia del señor José Enerico HARO SANTANA, DNI 18.886.069

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

Ushuaia 23 de Junio del 2014

Consejo de Liberante

Sr: Damian Dimarco

Me dirijo a usted para solicitarle los certificados de discapacidad, dado que en el mes de abril me amputaron la pierna izquierda motivo por el que hoy me encuentro usando una silla de ruedas. Por tal motivo es que se me hace difícil el ingreso a mi vivienda, ya que nunca tengo lugar para que se pueda estacionar la ambulancia o mi hija que todos los días me van a buscar para llevarme al hospital para poder hacerme las curaciones y kinesiología (de todo lo expuesto presento Certificado médico). Esperando una respuesta Favorable. Saluda atentamente.

Hno Santana Jose

DNI: 18.886.069

Cel: 15613215



DAMIAN DE MARCO
Concejal M.P.
Consejo Deliberante Ushuaia

ATENCION:

para Derivaciones completar también los datos al dorso →

ATENCIÓN:

para Derivaciones completar también los datos al dorso



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
"Gov. Ernesto M. Campos"

CERTIFICADO

CERTIFICO que el/la Señor/a niño/a Adriano Santamaría Jue
..... ha sido asistido en el día de la fecha 27/07/17 con diagnóstico de

Neumonía y miopía / Amputación infrapatelar

Reposo SI NO al 06/05/17 días.

Se extiende el presente a solicitud del interesado al solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.

Fecha: 27/07/17

FORMULARIO H. R. U. N.º 37

[Signature]
Dra. Mariana Alamo
Clínica Médica
M.M. 305
Firma y Sello del Profesional Interviniente

[Signature]
DANIEL DE MARINHO
Concejal M.P.
Consejo Deliberante Ushuaia



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

MINISTERIO DE SALUD

000182

ANEXO II - RESOLUCIÓN M.S. N°

112

SOLICITUD DE PRESTACIONES MEDICAS POR ATENCION DE MAYOR COMPLEJIDAD

Apellido y Nombre: HARO SANTANA JOSE'
DNI N°: 18886069 HC N°: 18886069 Nacionalidad: ARGENTINA
Edad: 68a Sexo: MASC Localidad: USHUAIA
Obra Social: Profe N° de Afiliado: 4059051030-0-0

Diagnóstico: Amputación infra patelar NIE en Pie diabético
Prestación Solicitada: Equipamiento protésico

Propósito de la prestación y breve resumen clínico: Pte de 68a que fue intervenido quirúrgicamente con buena evolución en pie diabético infectado severo con amputación infra patelar de NIE. Se solicita derivación a centros especializados para equipamiento protésico a fin de retomar sus actividades a la brevedad posible y poder valerse por sí mismo.

Paciente: Internado / Ambulatorio Carácter: Urgente / A la brevedad / Programado

Fecha: 11/05/14 Hora: 1300

Hospital: HRU

Servicio: OF
Firma y sello del Solicitante

SUBLEONADO A LA...
Medicina y Farmacia...

Teléfono personal para contacto de Auditoría Médica: _____
email: _____

ATENCION: para Derivaciones completar también los datos al dorso



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

MINISTERIO DE SALUD

En el caso de Derivaciones o Evacuaciones dentro o fuera de la Provincia:

• Acompañar este formulario con un **resumen de historia clínica**, escrito con procesador de texto y agregar copia de los informes relevantes (biopsias, análisis, estudios por imágenes, parte quirúrgico, etc.) que permitan sostener la continuidad en la atención del paciente.

• Comparar los datos siguientes referidos al traslado:

CONDICIONES DE TRASLADO

Acompañante: SI NO

Motivo: No puede desenvolverse por sí mismo

Tipo de traslado: AÉREO TERRESTRE

¿Puede viajar por empresa de transporte regular? SI NO

¿Requiere Traslado Sanitario / Evacuación? SI NO

Condiciones del traslado:

Con ENFERMERO
 MÉDICO y ENFERMERO

Con MÓNITOREO ECG / Saturometría / Oxígeno / ARM

Otros Requisitos: Muletas y/o silla de ruedas común

Firma y sello del Médico Solicitante

AUDITORIA MÉDICA HOSPITALARIA

Observaciones: _____

DAMIÁN DE MARCO
Concejal M.P.
Concejo Deliberante Ushuaia

Firma y sello Auditoria Médica

Firma y sello Director Médico