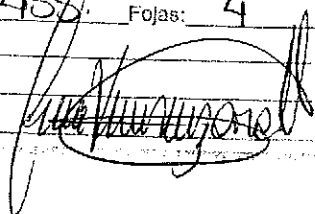


CONSEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	08/07/15 Hs. 15:00
Numero:	458
Fojas:	4
Expte. N°	
Grado:	
Expedido:	

USHUAIA, 08 de Julio de 2015.-

Atte.


Señores Concejales  
CONSEJO DELIBERANTE  
DE LA CIUDAD DE USHUAIA

Tengo el agrado de dirigirme a Uds. A los fines de solicitarles puedan considerar la posibilidad de acceder a la autorización de la colocación de un cartel de estacionamiento para discapacitados, en el domicilio en el cual resido (Bahía Ushuaia 3165) desde ya hace más de 6 años.

La razón de dicha solicitud deviene a que me encuentro discapacitada para poder movilizarme en forma independiente, dado que la patología que padezco (Visión subnormal de ambos ojos – Tumor benigno de la hipófisis), hacen que tenga deficiencia en la visión y que este propensa a tener caídas y golpes, si no estoy en compañía de alguien que me ayude (que por lo general es mi esposo). En relación a ello y considerando las reiteradas nevadas y escarchas que estamos viviendo en este invierno y que han traído como consecuencia la imposibilidad de poder estacionar con el vehículo de mi marido en la vereda de mi hogar, dado que muchas veces es ocupada por otros vehículos, y que esto mismo hace que nuestro rodado sea estacionado en otras veredas y por ello tenga que volver caminando poniendo en riesgo mi integridad física, no solo por mi enfermedad sino también por la edad avanzada que tengo, les imploro puedan mediante los procedimientos administrativos que sean necesarios, autorizar u ordenar, la colocación del cartel mencionado en el párrafo anterior.

En relación a los precedentemente expuesto y apelando a su buena predisposición, les hago llegar mis más gratos saludos y asimismo agradecerles por el tiempo que se han tomado para leer mi petición.

Los saluda muy atte.



ESTELA M. VERA

DNI: 11.085.390

Cel.: 2901-15403255

ADJUNTO: \*Copia simple de certificado de discapacidad.

\*Copia simple certificado de fiscalización sanitaria.

\*Copia simple de DNI.





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

Del Requisito de Médico efectuado por este Servicio a:

Vera Estela María

(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

Visión Subnormal bilateral secuela de tumor de hipófisis - Cardiopatía Hipertensiva - Hipoxemia leve

Indicar otras enfermedades crónicas de la misma:

Visión "en tubo" bilateral -

Trastornos de la memoria

Al presente certificado médico deberá adjuntarse

- Resonancia de imágenes e imágenes
- Exámenes de laboratorio actualizados
- Exámenes de audiología

(Destacar cualquier otra 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-desarrollo acorde a la edad? Si  No

VI. La incapacidad es:

- Física  Mental  Física y Mental
- En desarrollo  Total
- Porcentaje estimado: 68 % (de la capacidad laboral)

VII. La incapacidad es de orden predominantemente

- Física  Mental  Física y Mental

VIII. En caso de ser una incapacidad de orden físico, ¿a qué tipo corresponde?

- Motor  Visual  Auditivo
- Visceral

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)

X. ¿El tratamiento adecuado puede modificar el diagnóstico 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, 3 de Diciembre de 2014

Italo Adrián Colla  
Eso. en Traumatología -  
Medicina del Trabajo HRU  
M.N. 100757 - M.M. 463

Carlos F Lopez  
Director Médico  
Regional Ushuaia  
M.N. 80844

AL CARGO DE LA  
DIRECCIÓN GENERAL DEL Hospital

RUBEN G. SANTOS  
Edu. Generalista y Laboral  
R.F.M.M. 119

María Eugenia Marandino  
DIRECTORA  
Dirección de Flebotomía Sanitaria  
S.S.P.S. - M.S.

Se certifica la firma  
de la persona



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

### CERTIFICADO MEDICO OFICIAL

Lugar y Fecha. *Ushuaia, 03/12/14*

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 autorización del reconocimiento médico, referido a:

.....  
APELLIDOS Y NOMBRES DE/LA SOLICITANTE

*Vera Estelz María*

D.N.I. N° *11.085.390* C.I. N°  
I.C. N° ..... I.J.E. N°

.....  
DOMICILIO PARTICULAR

Calle *B. Ushuaia* ..... N° *3165* Piso ..... Dpto. .... Entre calle .....

Calle ..... Barrio ..... Localidad... *Ushuaia*

Provincia *TDF* ..... CP *9410* ..... Teléfono... *15403255*

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

Saludo a Ud. atentamente.

*[Signature]*  
María Eugenia Marandino  
DIRECTORA  
Dirección de Fiscalización Sanitaria  
S.S.P.S. - M.S.

Firma y sello del Responsable

Director de Fiscalización Sanitaria



PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO,  
ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR.

CERTIFICADO N° ARG-01-00011085390-20141125-20241125-FGO-285

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

ALFEDINO Y HOMÁBILES VERA ESTELA MARIA

TIPO Y NRO DOC D.N.I. - F - 11085390

N. CURS. CEN

FECHAMIENTO 01/21/2015

DIAGNOSTICO: Visión subnormal de ambos ojos Tumor benigno de la hipófisis

DIAGNOSTICO FUNCIONAL:  
FUNCIONES CORPORALES: b2101.3 b2100.3 b21020.2

ESTRUCTURAS CORPORALES: s1103.343

ACTIVIDAD PARTICIPACION: d2102.22 d4601.24 d110.34 d4502.24 d3601.11 d166.34 d630.23 d870.13 d640.34 d510.23 d170.34 d520.23 d2301.13 d345.34 d839.07 d4503.24 d315.34

FACTORES AMBIENTALES: e2450..3 e1261.+3 e360.+3 e1201.+3 e5801.+3 e1101.+3 e310.+4 e210..3 e5800.+3 e320.+3 e240..3

## ORIENTACION PRESTACIONAL:

- REHABILITACION - PRESTACIONES EDUCATIVAS

## VENCIMIENTO:

El presente certificado tiene validez hasta el: 25/11/2024

El presente certificado comprende la evaluación de la capacidad calórica

## ACOMPANANTE:

En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicara que también se cubra al acompañante

Acompañante: SI

## LUGAR Y FECHA DE EMISION

Lugar: Ushuaia

Fecha emisión: 25/11/2014

## EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:

Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
TIMINO Miguel Angel	MARURI FOSS Maria Alejandra	SOSA Milton Nelson
Miguel Angel Timino Médico M.N. N° 357 Junta Evaluadora T.O.F. Firma y sello	M. Alejandra Maruri Foss Lj. en Pedagogía M.P. N° 98-125 Junta Evaluadora T.O.F. Firma y sello	Milton - Sosa Lj. en Trabajo Social M.P. T.S. N° 001 Junta Evaluadora T.O.F. Firma y sello



5607120239

Para constatar la veracidad de este certificado  
consulte la página WEB: [www.discapacidad.gov.ar](http://www.discapacidad.gov.ar)