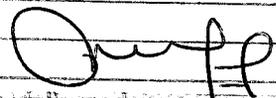


USHUARIN,
21/11/17

| | |
|---|---|
| COMITÉ DE ENLACE ENTRE LA JUNTA MESAS DE ENTREGA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS | |
| Fecha: 21/11/17 | Hs. 10:31 |
| Número: 1561 | Fojas: 4 |
| Expte. N° | |
| Orador: |  |
| Intito: | |

CONSEJO DELIBERANTE:

PRESIDENTE SEÑOR JUAN CARLOS PINO

La presente es poder a través de este medio poder solicitar una entrevista con usted. Sé que su agenda ES COMPLEJA, pero me urgen dos temas en particular una es MI PENCION POR DISCAPACIDAD y la otra es poder acceder a UNA VIVIENDA

Le voy hacer honesta me hubiera gustado hablar personalmente con usted sobre estos temas.

Desde el año 2014 tengo mi certificado de DISCAPACIDAD Y DE INCAPACIDAD LABORAL con el 66

Yo vivo en la ISLA DESDE EL AÑO 1987. Estoy casada mi ESPOSO ES EL UNICO SUSTENTO DEL HOGAR él es JUBILADO DEL IPAUUS CON UNA CATEGORIA ---- y tengo dos hijos FUEGUINOS.

Desde el año 95 comencé a tener problemas en mi salud específicamente en mi SANGRE y desde entonces mi situación de salud no mejoro tuve que pasar por diferentes operaciones las cuales hicieron que mi salud se deteriore más.

Estoy operada de COLUMNA DOS VECES y en la segunda vez tuvieron que fijarme la columna y eso me llevo a tener un diagnóstico de RADICULOPATIA CRONICA CON TRASTORNOS DE TIPO MOTOR, Y FISICO EN GENERAL.

En el periodo de mi SEGUNDA OPERACIÓN DE COLUMNA sufro una INFECCION EN MI OIDO IZQUIERDO. Lo que me produce la PERDIDA TOTAL DE LA AUDICION .Siendo TRATADA Y OPERADA CON UNA TIMPANOPLASTIA en el HOSPITAL BRITANICO.

Hace 4 años se me diagnostico MIGRAÑA CON AURA por DOLORES MUY FUERTES DE CABEZA esto también fue DESCUBIERTO Y TRATADO EN EL HOSPITAL BRITANICO. Debido que tuve 2 ACV isquémicas.

Debido a unos análisis de rutina descubrieron en mi sangre datos importantes que algo más estaba pasando y GRACIAS A LOS PROFECIONALES DEL BRITANICO comenzó una búsqueda importante con un REUMATOLOGO donde entendió que era necesario hacer más análisis y GRACIAS a esta labor se pudo descubrir que estoy padeciendo el SINDROME ANTIFOSFOLIPIDO (SAF) este SINDROME hace que mi SISTEMA HINMUNE ESTE SIEMPRE SIENDO ATACADO.

Luego de muchas charlas con el equipo de HEMATOLOGIA REUMATOLOGIA Y NEUROLOGIA DEL HOSPITAL BRITANICO.se decide ANTICUAGULARME debido al riesgo de poder tener otra ACV.

Hace 3 meses en JULIO DE ESTE AÑO aun estando anticuagulada volví a sufrir otra ACV ESQUEMICA .hoy ESTOY EN REHABILITACION y usted sabe que para poder tener una mejor calidad de vida es necesario hacer varias actividades que me permitirán tener esa calidad.

MI EXPEDIENTE DE DISCAPACIDAD SEGÚN ME INFORMAN CADA VEZ QUE NOS COMUNICAMOS NOS DICEN QUE ESTA EN ESPERA DE PARTIDA PRESUPUESTARIA

USTED CREE QUE EN MI CONDICION YO PUEDO SEGUIR ESPERANDO?

OJALA USTED PUEDA HACER ALGO MI EXPEDIENTE ES N-4680 MD 2014

Respecto a la vivienda le voy hacer honestad nosotros tuvimos una tierra aquí pero debido a nuestra situación económica y de SALUD nos vimos en la necesidad de vender la TIERRA Es por eso que le pido el poder a ceder a un departamento yo tengo mi carpeta en el IPV legajo 22039776 Y ESTOY SEGÚN ELLOS ME INFORMAN EN UNA LISTA DE ESPERA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

HOY A LA FECHA VIVIMOS EN UN LUGAR PRESTADO Y NOS URGE EL PODER ENTREGAR EL LUGAR DONDE ESTAMOS.

DESDE YA Y ESPERANDO A SU BUENA VOLUNTAD OJALA PUEDA RECIBIR BUENAS NOTICIAS A LA BREVEDAD

ADJUNTO FOTOCOPIAS DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

ADJUNTO FOTOCOPIAS DEL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD LABORAL



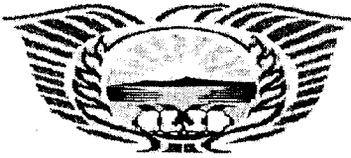
ANDREA SUSANA CORDOBA

DNI 22039776

EXPEDIENTE DE DISCAPACIDA

4680 MD 2014

Celular: 15494706



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

CERTIFICADO N°: ARG-01-00022039776-20170706-20270706-FGO-285

00672620-0

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

| | | | |
|----------------------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|
| APELLIDO Y NOMBRES: | CORDOBA ANDREA SUSANA | | |
| TIPO Y NRO DOC.: | D.N.I. - F - 22039776 | N° CUIT/CUIL: | F/NACIMIENTO: 07/4/1971 |

DIAGNOSTICO: Hipoacusia neurosensorial, bilateral Anormalidades de la marcha y de la movilidad Trastornos de disco lumbar y otros, con radiculopatía

DIAGNOSTICO FUNCIONAL:
FUNCIONES CORPORALES: b7352.2 b230.3 b7401.2 b7302.2

ESTRUCTURAS CORPORALES: s76002.370 s260.482 s260.881

ACTIVIDAD / PARTICIPACION: d115.33 d450.23 d540.22 d9205.23 d640.23 d3602.23 d310.23 d4503.33 d4154.23 d350.33

FACTORES AMBIENTALES: e2100..3 e225..3 e410.+3 e310.+2 e1151.+4 e5801.+3 e1101.+4 e5502.+3

ORIENTACION PRESTACIONAL:
- PRESTACIONES DE REHABILITACION

VENCIMIENTO:
El presente certificado tiene validez hasta el: 06/7/2027

El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laborativa.

ACOMPAÑANTE:
"En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que también se cubra al acompañante."
Acompañante: SI

LUGAR Y FECHA DE EMISION:
Lugar: Ushuaia **Fecha emisión:** 06/7/2017

EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:
Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia

| PROFESIONAL | PROFESIONAL | PROFESIONAL |
|--|---|---|
| MARANDINO Maria Eugenia arandino Maria Eugenia Médica M.P. N° 635 a Evaluadora T.D.F. Firma y sello | CARDOZO Alejandra Mercedes Alejandra Mercedes Cardozo Lic. en Fisiología M.P. N° 117 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello | VEGA Alicia Cristina Alicia Cristina VEGA Lic. en Trabajo Social M.P. N° 180 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello |

2087032340

Para constatar la veracidad de este certificado consulte la página WEB: www.discapacidad.gov.ar

| | | | | |
|---|---|--|--|-------------------------------|
| CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Ley N° 22.431 | 2087032340 | NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD ARG-01-00022039776-20170706-20270706-FGO-285 | | |
| | | APELLIDO CORDOBA NOMBRES ANDREA SUSANA D.N.I. - F - 22039776 TIPO/NRO DOCUMENTO | FECHA EMISION 06/7/2017 | FECHA VTO 06/7/2027 |
| Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia EMITIDO POR | PROFESIONAL MARANDINO Maria Eugenia arandino Maria Eugenia Médica M.P. N° 635 a Evaluadora T.D.F. | PROFESIONAL CARDOZO Alejandra Mercedes Alejandra Mercedes Cardozo Lic. en Fisiología M.P. N° 117 Junta Evaluadora T.D.F. | PROFESIONAL VEGA Alicia Cristina Alicia Cristina VEGA Lic. en Trabajo Social M.P. N° 180 Junta Evaluadora T.D.F. | |



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

25

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha... *Ushuaia, 19/2/14*

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 cumpla 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>Cordoba Andres Susana</i> | |
| D.N.I. Nº | <i>22.039.776</i> C.I. Nº |
| L.C. Nº | L.E. Nº |
| DOMICILIO PARTICULAR | |
| Calle <i>Los Saneados</i> Nº <i>290</i> Piso..... Dpto..... Entre calle..... y | |
| Calle..... | Barrio..... Localidad..... <i>Ush</i> |
| Provincia..... <i>TDF</i> | CP <i>9410</i> Teléfono..... <i>421991</i> |

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.T.S. - M.S.

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:

Cordoba Andres Susana

(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

ACV isquémico (4 episodios)

Hipocercosis mixta O.I. - Radiculopatía C3-C4 y L5-S1

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

Vejiga Neurogénica

Trastorno de la marcha - Disartria

Al presente certificado médico deberá adjuntarse

Resumen de historia clínica

Exámenes de laboratorio actualizados

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
Parcial

Permanente
Temporal

Porcentaje estimado: 66 %

VII. La incapacidad es de orden predominantemente Generalista y Laboral (de incapacidad laboral)

Físico

Mental

Físico y Mental

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

Motor

Viseral

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)

SI

NO

X. ¿Un 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, 19 de Feb. de 20..14

Firma del médico actuante

AGUSTIN COLLA
TRUSMATOLOGÍA
M.P.: M.M. 119

RUBEN O. SANTOS
Méd. Generalista y Laboral
M.P.: M.M. 119

Firma del médico actuante

Firma y sello del Director del Hospital Regional Ushuaia

DR. ERIC MANRIQUE T.
Director General
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

Firma y sello del Fiscalización Sanitaria

Maria Eugenia Marandino
DIRECTORA
Dirección de Fiscalización Sanitaria
M.S.P.S. - M.S.