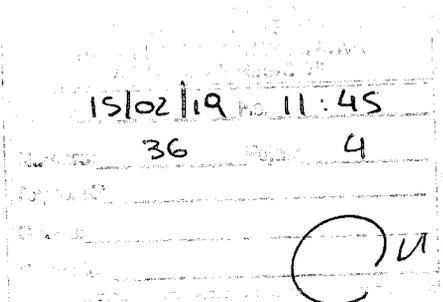


Ushuaia, 15 de febrero de 2019

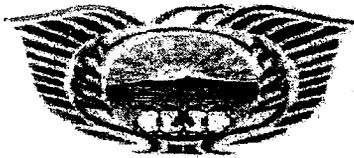
SR. Pste Concejo Deliberante
de la ciudad de Ushuaia
JUAN CARLOS PINO
S / D:

Por medio de la presente, me dirijo a Ud . Con el fin de solicitarle, tenga a bien ,gestionar los trámites necesarios para colocar los carteles de señalización para una persona con discapacidad, y así facilitar el acceso a su vivienda. La mencionada persona se llama GAJARDO HUGO DARÍO, titular del dni 21352837 . motiva dicha solicitud la necesidad que tiene de trasladarse constantemente al hospital,para recibir atención médica y lo difícil que se hace,cada vez que se encuentra el frente de su domicilio particular obstruido con autos estacionados. Como su discapacidad es motriz y visual,se le dificulta de sobremanera abordar los vehículos para trasladarse. Adjunto a la presente nota documentación respaldatoria.

Sin otro particular ,saludo a ud muy atte




GAJARDO JULIO
DNI 29652306
tel 15585345
BOUCHARD 1742



00671370-8

CERTIFICADO N°: ARG-02-00021352837-20151022-20251022-FGO-285

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

REPÚBLICA ARGENTINA
GOBIERNO FEDERAL
SECRETARÍA DE SEGURIDAD SOCIAL
COMISIÓN NACIONAL DE DISCAPACIDAD

APELLIDO Y NOMBRES:	GAJARDO HUGO DARIO		
TIPO Y NRO DOC.:	D.N.I. - M - 21352837	N° CUIT/CUIL:	-----
		F/NACIMIENTO:	10/4/1970

DIAGNOSTICO: Ceguera de ambos ojos Anormalidades de la marcha y de la movilidad Amputación del pie, nivel no especificado Diabetes mellitus insulino dependiente, con complicaciones múltiples

DIAGNOSTICO FUNCIONAL:

FUNCIONES CORPORALES: b7203.3 b810.3 b7152.3 b7101.3 b220.2 b210.4 b265.2 b540.3

ESTRUCTURAS CORPORALES: s7508.421 s550.888 s220.473

ACTIVIDAD / PARTICIPACION: d845.34 d435.33 d4158.23 d240.23 d2102.24 d520.24 d570.34 d345.34 d110.34 d166.44 d2302.24 d4108.23 d870.34 d315.34

FACTORES AMBIENTALES: e110..3 e5800.+3 e410.+3 e225..3 e1101.+3 e310.+3 e240..3 e2100..3 e415.+3 e315.+3 e355.+3 e530..3

ORIENTACION PRESTACIONAL:
- REHABILITACION

VENCIMIENTO:
El presente certificado tiene validez hasta el: 22/10/2025
El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laboral.

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 EMISIÓN
Lugar: Ushuaia Fecha emisión: 22/10/2015

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

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
DORAY Silvia Cristina <i>Silvia Doray Médica</i> M.N. N° 64597 - M.P. N° 917 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	BASSOTTI Ricardo Domingo <i>Ricardo D. Bassotti Lic. en Psicología</i> M.P. N° P.S. 49 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	VEGA Alicia Cristina <i>Alicia Cristina VEGA Lic. en Trabajo Social</i> M.P. N° 180 Junta Evaluadora - TDF Firma y sello

Para constatar la veracidad de este certificado consulte la página WEB: www.discapacidad.gov.ar 9841745279

<p>00671370-8 CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Ley N° 22.431</p>	<p>9841745276</p>		
	<p>CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD ARG-02-00021352837-20151022-20251022-FGO-285</p>		
<p>APELLIDO GAJARDO</p> <p>NOMBRES HUGO DARIO</p> <p>D.N.I. - M - 21352837</p> <p>TIPO/NRO DOCUMENTO</p> <p>Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia</p> <p>EMITIDO POR</p>	<p>FECHA EMISION 22/10/2015</p> <p>PROFESIONAL DORAY Silvia Cristina <i>Silvia Doray Médica</i> M.N. N° 64597 - M.P. N° 917 Junta Evaluadora T.D.F.</p>	<p>FECHA VTO 22/10/2025</p> <p>PROFESIONAL BASSOTTI Ricardo Domingo <i>Ricardo D. Bassotti Lic. en Psicología</i> M.P. N° P.S. 49 Junta Evaluadora T.D.F.</p>	<p>ACOMPAÑANTE SI</p> <p>PROFESIONAL VEGA Alicia Cristina <i>Alicia Cristina VEGA Lic. en Trabajo Social</i> M.P. N° 180 Junta Evaluadora - TDF</p>



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

REPUBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE SALUD

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

GAJARDO JUEGO MARCO DNI 21.352.837
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

Diabetes tipo II grado equivalente Estadio IV

Retinopatía severa. Amputación quirúrgica de dedo

Pododermatitis

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

Disminución severa de la capacidad visual
al sermón de la marcha

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 autodesenvolvimiento acorde a la edad? Si No

VI. La incapacidad es:

Total Permanente

Parcial Temporaria

Porcentaje estimado: 77,5%
(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?

Motor Visual

Visceral 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 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, 11 de Noviembre de 2018

Italo Adrián Colla
Esp. en Traumatología
Medicina del Trabajo HRU
M.N. 100757 M.M. 483

Firma del médico actuante

Dr. ERIC R. MARRIQUE L.
Especialista en
HOSPITAL GENERAL DE USHUAIA

Firma y sello del Director del Hospital

BIBER Laura A.
Firma del médico actuante

Maria Eugenia Marandino
DIRECTORA

Firma y sello de Fiscalización Sanitaria

ES COPIA DEL ORIGINAL



REPUBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE SALUD

CERTIFICADO MEDICO OFICIAL

Ushuaia, 11/11/2015

Sr Director del Hospital

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud con el fin de solicitarle tenga a bién disponer se cumplimente el cuestionario que obra al dorso de la presente a través de la realización del reconocimiento médico, referido a:

APELLIDO Y NOMBRES DEL/LA SOLICITANTE	
CAIARD HUGO JACO	
D.N.I. N°	27.352.632
L.C. N°	C.I.N°
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle: Hipólito Bouchard N° 792	Piso: Dpto:
Barrio: Los Glaciers	Localidad: Ushuaia
Provincia: TDF.	CP: 9410 Telefono: 1573.2750

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

Saludo atentamente.

Maria Eugenia Marandino
DIRECTORA
Dirección de Fiscalización Sanitaria
S.P.S. - M.S.
Firma y selló del Responsable

Dirección de Fiscalización Sanitaria

ES COPIA DEL DEL ORIGINAL

