

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	02/12/25 Hs. 11:47
Numero:	1103 Fojas: 10
Expe. N°	
Girado:	
Recibido:	CAMPOS Fabiana Elizabeth
Legislación	

Ushuaia 02 de Diciembre 2025
Concejo Deliberante Ushuaia

Sra. Presidenta del Concejo Deliberante

Su despacho.-

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de solicitarle se de tratamiento a un pedido de excepción del artículo 12 de la ordenanza municipal N°152/82 VENDEDOR AMBULANTE, para que desarrollemos nuestra actividad en las calles San Martin y Juana Faul de esta ciudad.

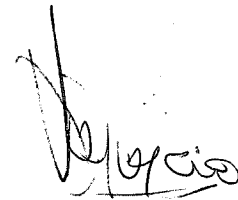
El presente requerimiento obedece a un estado de vulnerabilidad económica por razones de padecer una enfermedad crónica, con tratamientos extensos y desgastantes sumando a las varias derivaciones e intervenciones quirúrgicas.

Mi esposo se encuentra en recuperación una lenta por una operación que se efectuó en el nosocomio local, actualmente se encuentra desocupado sin poder aportar al bienestar familiar.

Los únicos ingresos que solventar los gastos familiares y de mi hijo menor de edad el cual posee el CUD ley 22.431 es cubierto por la venta de los productos que fabrico con mis manos (tejidos).

Adjunto a la presente documentación respaldatoria que expone la necesidad imperiosa y razonable para solicitar la presente excepción.

Saludo atte.

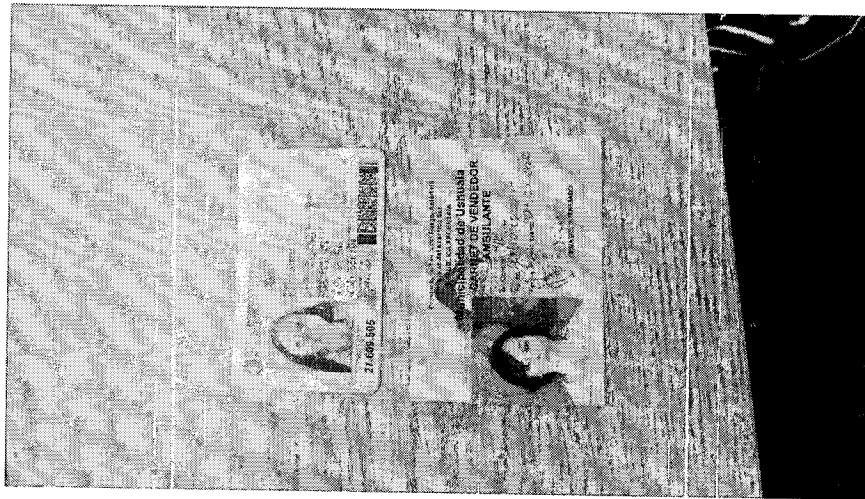


Eliana M.
VENENCIO
DNI: 27.609.505

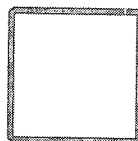


+54 9 2901 40-9451 ~Ely V...

Hoy a la(s) 11:27 AM



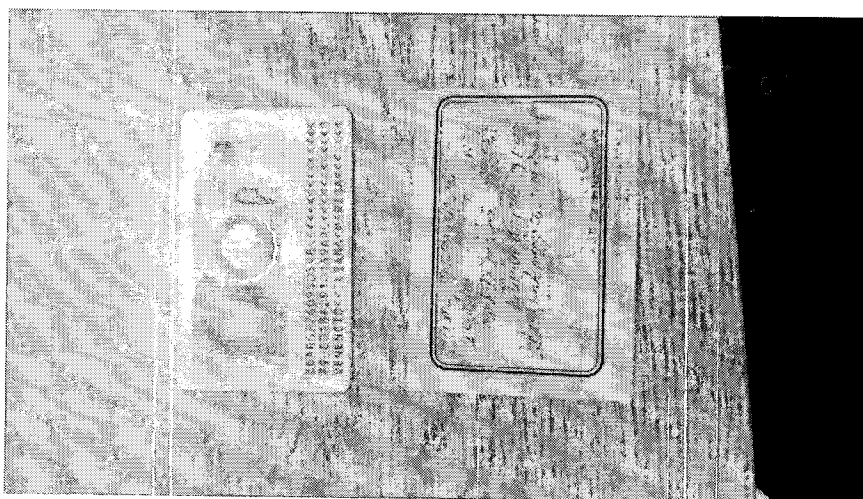
8 de 8



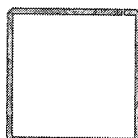


+54 9 2901 40-9451 ~Ely V...

Hoy a la(s) 11:27 AM



7 de 8





+54 9 2901 40-9451 ~Ely V...

Hoy a la(s) 11:27 AM



HFE
Hospital Fernández
DIVISIÓN GINECOLOGÍA
EPICRISIS

Paciente y Nombre: Venancio Eliana María
TIN: 27609505 **HC:** 699303
Fecha de Internación: 04/08/25 **Fecha de Egreso:** 08/08/25
Diagnóstico de Internación: Endometriosis profunda + eventración abdominal

Paciente de 45 años, G3C1Ab*Ee1, MAC ACO (Dienogest) con diagnóstico de endometriosis profunda + eventración de interna en plan de realizar histerectomía + ooforectomía + eventoplastia

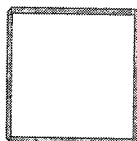
Admisión:

- REVISIÓN DE TACOS DE CX (27/7/23 #11733):** colon sigmoide, diverticulosis - focos de endometriosis
- RESONANCIA MAGNÉTICA (19/7/2023):** Útero en avf de 107 x 50 mm, endometrio 8 mm. Huella de histerorratía anterior con istmocele de 9.7 x 7.5 mm. Múltiples imágenes glandulares hemáticas en topografía de zona de unión. Hallazgo sugestivo de adenomiosis. Mioma intramural FIGO 3 de 42x42 mm. Fondo de saco vaginal tortuoso y pared posterior del útero con múltiples focos hemáticos y tej. de fibroblasto sugestivo de endometriosis profunda. A nivel del torus presenta finos tractos que traccionan el asa intestinal posterior con afectación de la serosa < 25% de su circunferencia. Sin afectación de la mucosa. Ligamentos uterosacros en rotación ambos ovarios sp. a nivel anexial izquierdo hialosaiopix.

Procedimiento (05/08/25): Histerectomía total + salpingoectomía bilateral + resección de focos de endometriosis - eventoplastia con colocación de malla

Se rotula y envía muestra a anatomía patológica para su estudio anatómico

Se solicita:
Laboratorio (05/08/25): Hto 41.6 Hb 14.5 GB 12800 Plaq 172000 TP 80 - UPT 23
Glu 167 (no ayuno) Ur 37 Creat 0.69 Na 140 K 4.6 Cl 112 ST 0.9 TGO 41 TGP 85
FAL 00.





+54 9 2901 40-9451 ~Ely V...

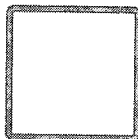
Hoy a la(s) 11:27 AM



Debido a evolución favorable de la paciente, se decide otorgar el egreso hospitalario. Paciente en BEO, HDE, Henda. Abdomen blando, depresible, no peritoneal. Herida quirúrgica en buena evolución, sin eritema ni flogosis, sin débito por la misma. Deambula, tolera dieta, diuresis y catarsis conservada, buen manejo del dolor.

INDICACIONES:

- Equitas de Alarma (Fiebre $>38^{\circ}$, Herida quirúrgica eritematosa o con secreción purulenta, consultar a Guardia de Ginecología 4° piso).
- **CONTROL EN CONSULTORIO DE POSQUIRÚRGICO CONSULTORIO 5 Y 7 PB SECTOR C EL DÍA 18/09/2025 A LAS 13.30 HS** (pasar previamente por facturación y mesón central).
- Retirar resultado de Anatomía Patológica de Pieza Quirúrgica en 30 días (en subsuelo de lunes a viernes de 08h00 a 12h30) y mostrar resultados en consultorio posquirúrgico, PB, sector C 14:00 hs.
- Vacuna Doble Bacteriana de Adultos.
- Si dolor ketorolac 20 mg cada 8 hs por 2 días. De persistir el dolor, rotar a diklofenac 50 mg + paracetamol 400 mg máximo cada 12 hs por 5 días.



**CERTIFICADO DE USO DE MATERIAL DE IMPLANTE
MEDICO.**

CONTROL PARA EL PROVEEDOR.

Sr. Proveedor de materiales médicos implantables, el presente **CERTIFICADO** tiene información veraz del material utilizado en el procedimiento médico diagnóstico o terapéutico realizado en esta Institución Médica.

Abajo constara con los datos administrativos que Ud. pueda necesitar y bajo ninguna circunstancia se le hará entrega de información médica que viole la legislación actual que la regula (Ley 17.132).

Los datos confirmados serán entregados con la aplicación del sticker que los complementa y certifican el uso del material implantado o utilizado.

Fecha: 05 Noviembre 2025

Lugar: Hospital Regional Ushuaia

Paciente: BARRA Daniel HC 20.308.824

Material/les Utilizado/s:

MICROMAR

KF0010FAA

Cânula Descartável para Compressão do Trigemino por Balão

Disposable Cannula for Percutaneous Trigeminal Nerve Compression

Cânula Desechable para Compresión del Trigemino por Balón

2029-08-07

LOT
2600/25



STERNE EO

Reg. ANVISA: 80051250023

te aquí su sticker de implante

3-

Adjunte aquí su sticker de implante.

4-

Adjunte aquí su sticker de implante.

El/los stickers arriba adjuntados, presentar igual copia en el Historial Clínico del Paciente.

MATIAS DEL PITTO
NEUROOFTALMOLOGO
M.N. 15.497.1261.2205

FIRMA DEL PROFESIONAL MEDICO.

Hospital Regional Ushuaia - Área Quirúrgica



HOSPITAL GENERAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
CALLE 10 N° 1155

CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIRÚRGICO

1- Yo, Daniel E. Barria, como padre / madre / tutor / pariente / familia, por el presente autorizo al Dr. Dr. Carlos E. Barria y a su equipo a realizar una intervención quirúrgica con el consentimiento informado y a su equipo a realizar una intervención quirúrgica con el consentimiento informado.

2- La intervención anunciada en el punto 1), me ha sido totalmente explicada por el cirujano, antes de la firma del presente, a mi entera satisfacción, entendiéndola totalmente la naturaleza y fines de la misma. Se me ha informado también sobre los esperados beneficios y/o complicaciones que pudiera eventualmente ocurrir por causas conocidas o desconocidas, molestias concomitantes y riesgos que pudiera producirse en el curso de la misma, que voluntariamente asumo. Se me ha informado también sobre posibles alternativas al tratamiento propuesto. Se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que quisiera, las cuales me han sido contestadas satisfactoria y completamente. Reconozco que la práctica de la medicina y cirugía no es una ciencia exacta, y pese a que se me ha informado de los resultados deseados de la operación, los dichos resultados no me han sido garantizado total ni parcialmente.

3- Autorizo a que el cirujano y su equipo, realicen las curaciones y controles que considere necesarios en el periodo post operatorio.

4- He dado mi consentimiento para la administración de anestesia, a los anestesiólogos intervinientes, a quienes considero independientes, científica y profesionalmente del Dr. Dr. Carlos E. Barria. He autorizado expresamente a dichos anestesiólogos a utilizar la anestesia como consideren conveniente. Reconozco que con la administración de anestesia, siempre hay riesgos para la vida y la salud, que voluntariamente asumo.

5- Acepto cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada, hasta que posea el alta médica definitiva firmada por el cirujano, así como mantenerlo informado de todos los aspectos de mi evolución.

6- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes médicos.

7- He leído atentamente y entendido este consentimiento el día 23/11/25. Encontrándome en el pleno uso de mis facultades, no estando alterado emocionalmente por ningún motivo. Lo he entendido totalmente, y manifiesto que los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma, he tachado todos aquellos párrafos con los que no estuve de acuerdo.

Firma y aclaración del paciente o representante
Daniel E. Barria

Documento, tipo y N° 20339926

Domicilio: Calle de los ríos 1555

Localidad: Buenos Aires País: Argentina

MATIA ORFELITO
MATERIA QUIRÚRGICA
N° 15380114/2019

Firma y aclaración del testigo

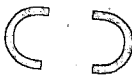
Documento, tipo y N°

Domicilio:

Localidad:

País:

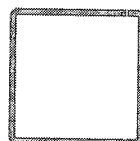
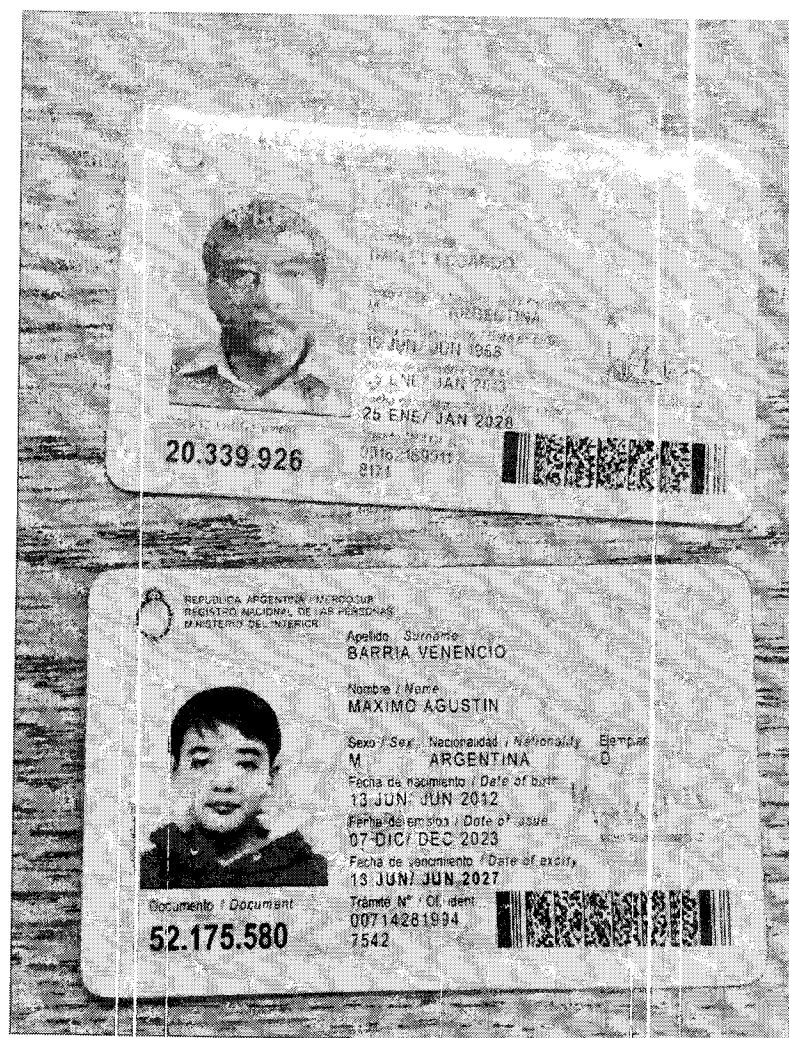
"Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur son y serán Argentinas"

 CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD ARG-02-00052175580-20240409-20390409-FGO-285 7481226620		
FECHA DE EMISION 09/4/2024	A-04-2039	ACOMPAÑANTE SI
PROFESIONALES FRAUSON Médico JUNTA EVALUADORA	PROFESIONAL M. Laura Alvarez Lic. en Psicología JUNTA EVALUADORA	PROFESIONAL ALBA Psicóloga JUNTA EVALUADORA

 Ley N° 22.431 02294789-2 CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD	
APELLIDO BARRIA VENENCIO	
NOMBRES Maximo Agustin	
D.N.I. - M - 52175580	13/06/2012
TIPO/NRO DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO
<i>"En los casos que se indique SI, el titular del CUD podrá optar entre viajar solo o acompañado"</i> Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia	
EMITIDO POR	

**+54 9 2901 40-9451 ~Ely V...**

Hoy a la(s) 11:27 AM



**+54 9 2901 40-9451 ~Ely V...**

Hoy a la(s) 11:27 AM



6 de 8

