

Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia

COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN USHUAIA	
RECIBO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS	
ASPECTOS INGRESADOS	
Fecha: 08/07/14	Hs: 12:53
Número: 751	Folios: 12
Expón. Nº	
Clasificación	
Observaciones	

"Donar Órganos es dar Vida"
"1904-2014. 110 Años de Presencia Ininterrumpida en la Antártida Argentina"

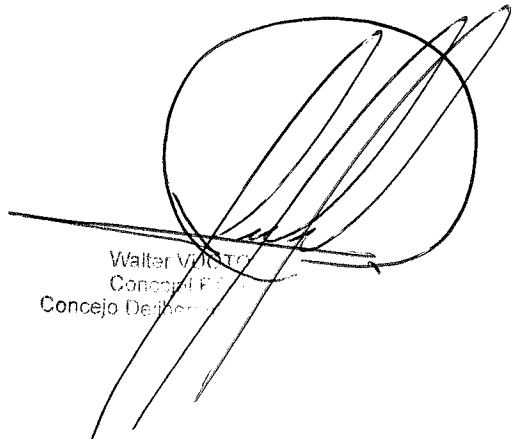
Nota N° 149 /2014.-
Letra: B. FPV

USHUAIA, 2 de julio de 2014.-

Sr. Presidente
Concejo Deliberante de Ushuaia
Dn. Damián DE MARCO
S _____ / _____ D

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a los efectos de incorporar en el Boletín de Asuntos de Entradas correspondiente a la próxima Sesión Ordinaria, el siguiente Proyecto de Ordenanza referente a la autorización de la colocación de Carteles de Estacionamiento Exclusivo en la calle San Martín N° 1138, con la leyenda "Persona con Discapacidad".

Sin más que agregar saludo muy atentamente.-.



Walter V. R. T. C.
Concejo Deliberante
Concejo Deliberante



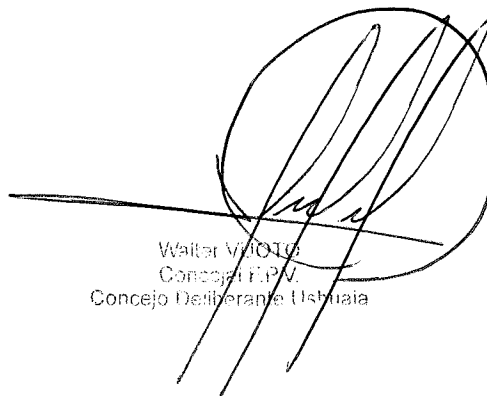
*Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia*

*"Donar Órganos es dar Vida"
"1904-2014. 110 Años de Presencia Ininterrumpida en la Antártida Argentina"*

FUNDAMENTOS

La señora María Ángela de Lourdes Fernández Lopez, D.N.I. N° 23.258.967, posee un 70 % de discapacidad mental grave (Enfermedad de West con retraso madurativo severo) según consta en la documentación presentada, y para su atención resulta necesario trasladarla a diferentes lugares.

Por estas razones solicitamos el acompañamiento al presente proyecto.-



Walter VICIOL
Concejal C.P.V.
Concejo Deliberante Ushuaia



*Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia*

*"Donar Órganos es dar Vida"
"1904-2014. 110 Años de Presencia Ininterrumpida en la Antártida Argentina"*

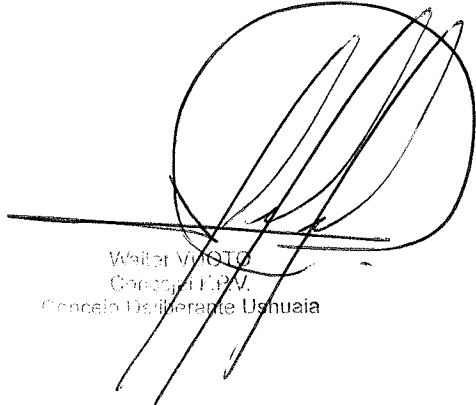
**EL CONCEJO DELIBERANTE DE LA CIUDAD DE USHUAIA
SANCIONA CON FUERZA DE ORDENANZA**

ARTÍCULO 1º.- AUTORIZAR un espacio reservado en la vía pública de siete (7) metros con la leyenda "Estacionamiento reservado para persona con discapacidad", en la calle San Martín N° 1138.

ARTÍCULO 2º.- INSTRUIR a la Secretaría de Desarrollo y Gestión Urbana que a través del área que corresponda, proceda a la implantación de las señales correspondientes.

ARTÍCULO 3º.- 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 N° 3501).

ARTÍCULO 4º.- REGISTRAR. Pasar al Departamento Ejecutivo Municipal para su promulgación. Dar al Boletín Oficial Municipal para su publicación y ARCHIVAR.



Walter VIGNOTO
Concejal E.O.V.
Concejo Deliberante Ushuaia

751 - 4/12

640 - 1/9

COMANDO EN JEFE FUERZA ARMADA ARMA DE ENTRENAMIENTO LEGISLATIVA SECRETARÍA DE PERSONAS DISCAPACITADAS	
Fecha: 18/06/14	Hr: 11:44
Número: 640	Folios: 7
Copia. Nº	
Emisor:	
Receptor:	

Ushuaia, 18 de junio de 2014.

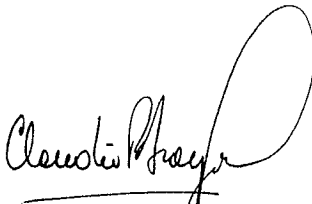
Señor
Presidente del Concejo Deliberante
Concejal Damian De Marco
S _____ / _____ D

Me dirijo a usted a fin de solicitarle estacionamiento reservado para persona con discapacidad, en calle San Martin 1138.

Tal solicitud se funda en que tengo una hermana que sufre una discapacidad, y resulta necesario trasladarla a diferentes lugares, por lo tanto resulta necesario disponer de ese espacio.

Adjunto certificados.

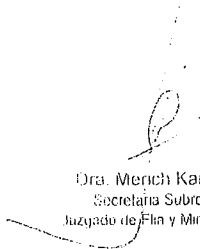
Sin otro particular lo saludo atentamente.

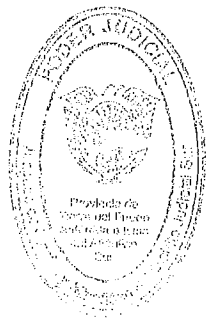

CLAUDIA FERNANDEZ
17.060665

CERTIFICADO DE JUICIO EN TRAMITE

CERTIFICO que por ante este Juzgado de Primera Instancia de Familia y Minoridad N° 1 del Distrito Judicial Sur de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, a cargo del Dr. Alejandro Ferrero, Secretaria a cargo de la Dra. Karina R. Merich, y con sede en la calle Congreso Nacional N° 502 de la Ciudad de Ushuaia, se tramitan los autos caratulados: "FERNANDEZ LOPEZ, María Angela de Lourdes S/ INSANIA (Expte. N° 17212/2014)"-----

A los efectos de ser presentado ante quien corresponde, expido el presente en la Ciudad de Ushuaia a los 6 días del mes de mayo de 2014.-----


Dra. Merich Karina R.
Secretaria Subrogante
Juzgado de Fia y Minoridad N°1



Dr. Héctor Eduardo Iddon
Matr. nac. 48.297.
Psicofarmacología
Matrícula Provincial MM781

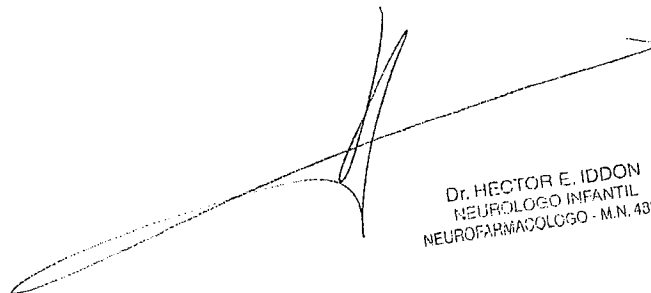
Neurólogo de Niños
Master en

Médico Itinerante IPAUS en
Provincia de Tierra del Fuego

FERNANDEZ LOPEZ, MARIA ANGELA
42 AÑOS.
Ipauss 23258967

20 de marzo 2014. Interconsulta hospitalaria, en Hospital zonal, donde se halla internada.
Discapacitada mental grave, que se encuentra medicada con Valcote 500 x 8 comprimidos diarios, Sabril 500 2 comprimidos, Karidium 10 1 comprimido y Rivotril 2 comprimidos. La paciente recibe todo este plan por vía oral y se requiere saber cómo proceder para la realización de una cirugía abdominal.
Comenzó a recibir sus DAE desde lactante con diagnóstico de West. Lennox. No fue controlada durante largo tiempo. Se fue manteniendo las mismas indicaciones que se le dieron por décadas. Y se fue modificando aleatoriamente las dosis.
Tiene una litiasis vesicular y una imagen hepática patológica que requiere ser explorada laparoscópicamente para biopsia.
Ha tenido una pérdida de peso importante en los últimos meses por lo que se supone causa oncológica.
Se detecta un hipotiroidismo, probablemente secundario a sobredosis de VP. Que se encuentra medicado con T4.
Propuse al grupo de colegas.
Suspender la medicación oral y reemplazar por un goteo continuo de EPAMIN a dosis de 7 mgr kpd.
Una vez superado el acto quirúrgico que se programa para dentro de tres días, y si se encuentra estabilizada la paciente se podría pasar a Fenitoina oral en igual dosis.
El margen de flexibilidad de FT es de 5 a 10 mgr kpd.
Si fuera necesario agregar un segundo anticonvulsivante podría sumarse diazapán.

2 DE JUNIO 2014.
MANTIENE TRATAMIENTO PROLONGADO CON FENITOINA-EPAMIN LIQUIDO 30 CC POR DÍA. 1 FRASCO CADA CUATRO DÍAS.



Dr. HECTOR E. IDDON
NEURÓLOGO INFANTIL
NEUROFARMACÓLOGO - M.N. 43297



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

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha. *Ushuaia, 6/02/13*

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 realización del reconocimiento médico, referido a:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL/ LA SOLICITANTE	
<i>Fernandez Lopez Maria Angela D.</i>	
D.N.I. N° <i>23 258 967</i>	C.I. N°
L.C. N°	L.E. N°
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle: <i>San Martín</i> N° <i>1138</i> . Piso..... Dpto..... Entre calle..... y	
Calle.....	Barrio..... Localidad <i>Ushuaia</i>
Provincia <i>TDF</i>	CP <i>9410</i> Teléfono <i>15604477</i>

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

Saludo a Ud. atentamente.


Ma. F. MARANDINO
MÉDICA
M.M. - 635
Fiscalización Sanitaria
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:

Fernández Lopez María Angela D.
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

Enfermedad de West y retraso madurativo severo

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

- 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 auto desenvolvimiento acorde a la edad? Si No

VI. La incapacidad es:

- Total Permanente
- Parcial Temporaria

Porcentaje estimado: 70 %
(de incapacidad laboral) (setenta)

VII. La incapacidad es de orden predominantemente

- Físico Mental

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

- Físico y Mental
- Motor Visual
- Viseral 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, 6 de Feb / de 2013

[Firma]
Firma del médico actuante

RUBEN O. SANTOS
Med. Generalista y Laboral
M.P.M.M. 119

Firma del médico actuante

DR. ERIC R. MANRIQUE
A/C DIRECTOR GENERAL
HOSPITAL REGIONAL DE USHUAIA

Firma y sello del Director del Hospital

[Firma]
Firma y sello del Fiscalización Sanitaria



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

SUBSECRETARIA DE SALUD COMUNITARIA
Dirección de Fiscalización Sanitaria - Ushuaia

CERTIFICADO Nº 355-09-

ART. 3º LEY PROVINCIAL Nº 48

Ushuaia, 10 de Febrero de 2009

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre: Fernandez Nouza Angela
 DNI - LE - LG - CL Nº: 23258962 Edad: 34a Sexo: F
 Fecha de nacimiento: 22.1.1973 Estado Civil: soltera
 Domicilio: SAN MARTIN 1138- Localidad: USHUAIA -
 Provincia: Tierra del Fuego
 Causa del daño (diag. final o presuntivo): Sindrome West

DEFICIENCIA: M/21.2/30.4/57.5/87.6/90.64
 DISCAPACIDAD: 10/11/13/14/15/17/18/22.2/28/29/33/35
32/50/51/60/61
 DESVENTAJA: 1.4/2.6/3.3/4.7/5.4/6.2/7.1

Apto para Actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Mínima
Prácticas			Y
Intelectuales			Y
Sociales			Y
Deportivas			Y
Observaciones: * <u>Diagn. Edad: 35 años</u>	1-8 FEB. 2009		

(Según el manual de Clasificación Internacional de Disc., Resv. y minusv.)
 Matilda B. Macchia
 Jefe División Discapacidad
 Ley 48 - Dirección Fiscalización
 Ushuaia - M.S.

Validez del certificado:

Permanente (válido por 10 años) Temporal Válido hasta el / /

Requiere libre estacionamiento SI NO SI NO

Tiene necesidades de prótesis y/o elementos ortopédicos SI NO

Requiere vehículo adaptado SI NO

ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PAR LA OBTENCIÓN DE BENEFICIOS PREVISIONALES

Dr. PATRICIO LABAL
 Médico Neurologo
 M. N. 60487
 Firma del Presidente de la Junta Médica

Dra. Susana Zajic
 Esp. en Medicina Laboral
 M.N. 93840 M.N. 565
 M. Laboral 6546
 Firma de la Autoridad Sanitaria

- Este certificado es único e intransferible, no podrá ser retenido por otros. Para todo trámite utilice fotocopia del presente "NO ENTREGUE EL ORIGINAL"
- En caso de extravío deberá presentar denuncia policial para obtener una constancia que lo supla.
- Este certificado es provincial con alcance nacional; para mayor información dirigirse a la comisión provincial coordinadora para la discapacidad.
- Para todo trámite o gestión que realice deberá ser presentado conjuntamente con documentación que acredite la identidad del titular.
- Este certificado tiene valor únicamente para su titular. En caso de hallarlo en la vía pública, se ruega entregarlo en la dependencia sanitaria más próxima.