

# PODER LEGISLATIVO



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

## LEGISLADORES

Nº 126

PERÍODO LEGISLATIVO

1993

**EXTRACTO** **BLOQUE M.P.F** - Proyecto de Ley otorgando una pensión social por vida al señor Pedro Pablo Diaz.

---

---

---

---

---

---

---

---

**Entró en la Sesión** 05/06/1993

**Girado a la Comisión** 2,5 - Dictámen Nº 224/93 - Ley Sanc. 01/07/93 - Ley Provincial Nº 85.  
Nº:

---

**Orden del día Nº:** \_\_\_\_\_

---



Provincia de Tierra del Fuego,  
Antártida e Islas del Atlántico Sur  
LEGISLATURA PROVINCIAL

Bloque Movimiento Popular Fueguino

LEGISLATURA  
SECRETARIA LEGISLATIVA  
**04 MAY 1993**  
MESA DE ENTRADA  
Nº 126 HS/100 FIRMA

ALBERTO HERNANDEZ  
Sec. Legislativa  
Mesa de Entrada



FUNDAMENTOS

Señor Presidente:

El presente proyecto de ley tiene por único objeto solucionar la situación por la que atraviesa el Señor Pedro Pablo Díaz, D.N.I. 13.708.478, domiciliado en la Ciudad de Ushuaia, desde el año 1980.

La pérdida de visión progresiva lo llevo por un largo camino de tratamientos, derivaciones e intervenciones. El último estudio arrojó como resultado un campo visual del 20% con alto porcentaje a desarrollar y una incapacidad del 100%.

Esta problemática lo imposibilita para continuar trabajando como estibador en el puerto local.

Nos encontramos ante un caso apremiante, que por su incapacidad visual no puede trabajar y por consiguiente necesita del apoyo económico para subsistir.

Por lo expuesto solicitamos de nuestros pares se apruebe el presente proyecto de ley.

*[Signature]*  
MARIA JONIC DE FAGUNDEZ  
Legisladora  
Legislatura Provincial

*[Signature]*  
MARIA CRISTINA SANTANA  
LEGISLADORA  
BLOQUE M.P.F.

*[Signature]*  
DR. DEMETRIO E. MARTINELLI  
LEGISLADOR  
BLOQUE M.P.F.

*[Signature]*  
ENRIQUE PACHECO  
LEGISLADOR  
BLOQUE M.P.F.

*[Signature]*  
RAUL GERARDO PEREZ  
LEGISLADOR  
BLOQUE M.P.F.

*[Signature]*  
DR. DOMINGO SANTOS CABALLERO  
LEGISLADOR  
BLOQUE M.P.F.

*[Signature]*



Provincia de Tierra del Fuego,  
Antártida e Islas del Atlántico Sur  
LEGISLATURA PROVINCIAL

Bloque Movimiento Popular Fueguino



LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO,  
ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR

SANCIONA CON FUERZA DE LEY:

ARTICULO 1º: Otórgase una pensión social, de por vida, al Señor PEDRO PABLO DIAZ, D.N.I. 13.708.478, con domicilio en Gobernador Cornero 359 de la Ciudad de Ushuaia.

ARTICULO 2º: El importe de la pensión a la que se refiere el articulo 1º de la presente, será equivalente al monto total que percibe una categoría 10 de la Administración Pública Provincial y se modificará toda vez que lo sea para la referida administración.

ARTICULO 3º: El beneficiario de la presente ley, gozará de las mismas coberturas sociales y en las mismas condiciones que le son brindadas a los agentes de la Administración Pública Provincial.

ARTICULO 4º: La pensión concedida por el articulo 1º, regirá a partir de la promulgación de la presente ley.

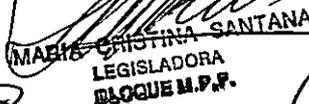
ARTICULO 5º: Los gastos que demande el cumplimiento de la presente, serán imputados a las partidas presupuestarias correspondientes.

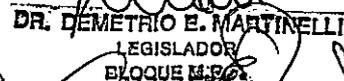
ARTICULO 6º: Para el supuesto que el destinatario de la ley, tenga otorgado en su favor otro beneficio similar o análogo, deberá acreditar haber renunciado a éste para poder usufructuar del otorgado por la presente.

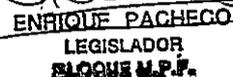
ARTICULO 7º: Comuníquese al Poder Ejecutivo Provincial.

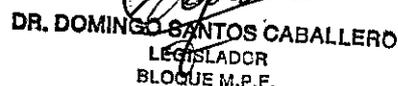
  
MARIA DOMINGUEZ DE EAGUIBEZ  
Legisladora  
Legislatura Provincial

  
RAUL GERARDO PEREZ  
LEGISLADOR  
BLOQUE M.P.F.

  
MARIA CRISTINA SANTANA  
LEGISLADORA  
BLOQUE M.P.F.

  
DR. DEMETRIO E. MARTINELLI  
LEGISLADOR  
BLOQUE M.P.F.

  
ENRIQUE PACHECO  
LEGISLADOR  
BLOQUE M.P.F.

  
DR. DOMINGO SANTOS CABALLERO  
LEGISLADOR  
BLOQUE M.P.F.

USHUAIA, 22 de Febrero de 1993.-

A la Sra Legisladora  
del Bloque del MO.PO.F.  
Doña Maria Ana Jonjic.

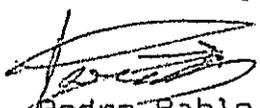
Tengo el agrado de dirigirme a Ud.  
con la finalidad de solicitarle tenga a bien gestionar una pensión  
por incapacidad ante esa Legislatura.

Esta solicitud la hago en razón de  
encontrarme con una incapacidad visual de alto porcentaje, que me  
impide seguir con la actividad de estibador, que desempeño desde  
el año 1980, en el puerto local.

Asimismo la pongo en conocimiento que  
me encuentro tras un largo proceso de derivaciones y consultas  
oftalmológicas, como lo podrá observar en la documentación que le  
adjunto a la presente nota. Esto me ha acarreado inconvenientes  
por no contar con una obra social desde aproximadamente Mayo del  
92', que como es de conocimiento público la cooperativa portuaria  
a la que correspondo comienzan con dificultades y no pueden hacer  
frente a los aportes, beneficio de los estibadores.

Sra. Legisladora me encuentro en una  
etapa difícil de la vida, sin poder obtener cambios en la  
problemática que hoy presento, por ello dejo en sus manos la  
posibilidad de obtener una ayuda económica, ya que se hace difícil  
en mi situación poder trabajar, como es mi deseo.

A la espera de su respuesta la saludo  
con mi mayor consideración.

  
Pedro Pablo Díaz  
D.N.I. 13.708.478

Dirección: Gobernador Cornero 359 - Barrio Perón.



TRIPPLICADO

EL POSEEDOR DE ESTE DOCUMENTO CUMPLE LOS 18 AÑOS. EL DÍA:

1/1

Sello

Firma Jefe Of. Secc.

La presentación del documento nacional de identidad, expedido por el Registro Nacional de las Personas, será obligatoria en todas las circunstancias en que sea necesario probar la identidad de las personas comprendidas en esta Ley, sin que pueda ser suplido por ningún otro documento de identidad, cualquiera fuere su naturaleza y origen.

Art. 13 - Ley 17.671

Todas las personas de existencia visible o sus representantes legales, comprendidas en la presente Ley, están obligados a comunicar en las oficinas seccionales, consulares o que se habiliten como tales, el "cambio de domicilio", dentro de los treinta días de haberse producido la novedad.

Art. 47 - Ley 17.671.

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD DE:

D. N. A. I. Z

Estado (La o no, el de soltera)

Nombres Roberto Pablo

Edad 1960 137-08478

Sexo  VARON  MUJER D. M. La Rioja

(Fecha la que no corresponda)



Firma del interesado

TRIPPLICADO

Nacido/a el 30 de Abril

de 1960 en La Piñada

Part. o Depto. Tumuyam

Provincia Mendoza

Nación Argentina

C. I. N°

Expedida por

DOMICILIO

Calle Comera

B. 2. 7. 2. 2. 2. N°

Ciudad Ushuaia

Part. o Depto. T. N. de Tierra del Fuego A. e. I. A. S.

Provincia T. N. de Tierra del Fuego A. e. I. A. S.

Of. Secc. Identif. 1717

Identificado el día 30 de Nov de 1966

SECRETARÍA DE INTERIORES

OFICIO DE REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS

PARA NATURALIZADOS ARGENTINOS

Naturalizado/a el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

de 19 \_\_\_\_\_

Certificado de ciudadanía expedido por el \_\_\_\_\_

Juzgado \_\_\_\_\_

Secretaría N° \_\_\_\_\_



sello

Firma

PARA USAR EXCLUSIVAMENTE  
POR AUTORIDAD MILITAR

Situación militar no exigible en oportunidad de la verificación de identidad. Resolución No 662/83 del Ministerio de Defensa.

- 10 -

CAMBIOS DE DOMICILIO

Calle B° Juan D. Peron

Casa No 29

Ciudad o Pueblo Ushuaia

Part. o Depto. Ushuaia

Provincia N. Tierra del Fuego

Of. Ident. 1781

Fecha 17/03/90

Sello LEY 1781

Firma SALGUERS

Calle

Ciudad o Pueblo

Part. o Depto.

Provincia

Of. Ident.

Fecha

Sello

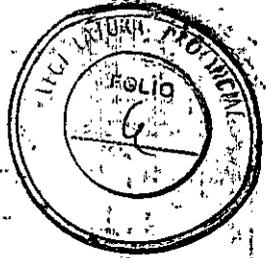
Firma

- 11 -



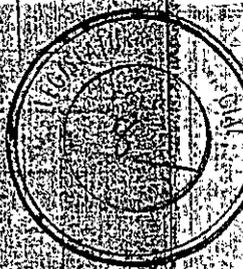


Centro oftalmológico  
 DR. HORACIO M SORIANO  
 De Alta Complejidad  
 Medicina Oftalmológica de Alta Complejidad S. A.



Diagnóstico: Retinopatía diabética  
 Reciente en miopía alta progresiva  
 con una historia de diabetes mellitus  
 2/10 con exudados vitreos y  
 base operada el día 8/2/89 con  
 éxito. Se realizó análisis postoperatorio  
 ptoscopia y se regularon otros  
 ojos. Se dio alta con buena visión.  
 Requiere un control periódico; permitiendo  
 un control periódico de rutina de control  
 de los ojos derechos. Se analizó





JUNTA MEDICA N.º 021/89

En Ushuaia, Capital del Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, a los VEINTISEIS días del mes de ENERO de mil novecientos ochenta y OCHO, se reúne la Junta Médica integrada por los doctores: SILVIA ESCALANTE Y OSVALDO MARQUEZ, - a los efectos de expedirse sobre el estado de salud del señor/ra: PEDRO PABLO DIAZ. -

De los antecedentes y exámenes practicados, se arriba a las siguientes conclusiones:

Que el/la paciente: PEDRO PABLO DIAZ. - con el diagnóstico de: DESPRENDIMIENTO DE RETINA OJO DERECHO. -

debe concurrir a centro especializado, Servicio de: MAYOR COMPLEJIDAD (Capital Federal) a los efectos de realizar: ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE RETINA. -

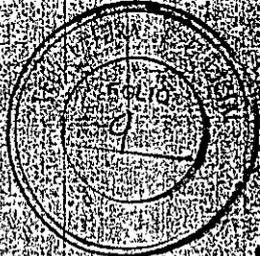
Para constancia de lo actuado se labra y firma la presente en el lugar y fecha arriba indicados

*Silvia Escalante*  
D.ª SILVIA ESCALANTE  
Médico Oculista  
M.º N.º 72 844

Para constancia esta Dirección RATIFICA los términos de la Junta Médica integrada por los doctores: SILVIA ESCALANTE Y OSVALDO MARQUEZ, - respectivamente.

DR. CARLOS ESPERANZA  
Subdirector Médico  
Hospital Regional Ushuaia

A/G. DIRECCION H.R.U.



INFORME DE EVACUACION Nº 021/89

Nombre y apellido PEDRO PABLO DIAZ.-

Documento: tipo DNI Nº 13.708.478.-

Domicilio GOBERNADOR CORNERO Nº 29.-

Motivo de evacuación ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE RETINA.-

Diagnostico DESPRENDIMIENTO RETINA OJO DERECHO.-

Establecimiento al que se traslada MAYOR COMPLEJIDAD

Lugar de trabajo

Afiliado Obra Social I.S.S.T.

Fecha de solicitud de evacuación 26-01-89

Caracter de la solicitud (URGENTE)

Remitido en fecha

Fecha de traslado Via AEREA

Acompañante DI FILIPPO Victor H. dni. 5386085 Caracter (Debe ser acompañado por un amigo, por no tener familia en el Territorio).-

Medico acompañante

Medico que solicita la evacuación Dra. ESCALANTE SILVIA.-

Datos clínicos H.C. Nº 18168-

*[Handwritten signature]*

Dr. CARLOS ESPERANZA  
Especialista Médico

Hospital Regional Ushuaia

A/C. DIRECCION H.R.U.

obalaur

Delte roble / para  
central de dentu de  
2 mes

Atte

11/9/29

Dr. GUYANO CHAVEZ RARAZ  
OPTALMOLOGO  
JEFE DE CLINICA  
M.N. 55287





RESUMEN DE HISTORIA CLINICA N° 18168

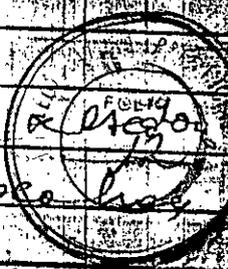
PACIENTE: Edro Pablo DIAZ

EDAD: 28 años

- - - - - Paciente miope, que consulta por "manchas negras" en campo visual de su ojo derecho en forma brusca. La aparición de dicha ~~escotoma~~ positivo en campo temporal de ojo derecho muestra que al examen de fondo de ojo y con lente de goldman presenta desprendimiento de retina plana. Dado que es un paciente altamente miope, y con un vitreo turbio por presentar, tyndal, el examen es difícil. - Se envia para estudio y tratamiento con especialista de retina. - Esta con atropina cada cuatro horas y dexa 100. - Se sugiere por tal motivo su derivación a centro especializado en Capital Federal. -

Dra. SILVIA L. ESCALANTE  
Médico Oculista  
M. N. 72 844

26/1/80 Paciente mujer que consulto  
por un OD de opacificación buice  
4 días atrás



El examen de fondo de retina  
Rp / Atropina

Se ve la C/4ho

Se le debe de venir por estudio y  
Capitel.

*J. L. Escalante*

D. J. L. ESCALANTE  
MÉDICO OCULISTA  
M. N. 72 844

HOSPITAL ITALIANO

GASCON 450 Tel. 981-5010

Buenos Aires, de 19

Nombre del enfermo

*Dr. Pedro Satho*

*RA El paciente se encuentra*

*que se fue operado de*

*los proclimáticos de*

*el ojo OD, presenta*

*enfermedad familiar. Se*

*autoriza para viajar*

*a su provincia a partir*

*del 11/9/89 a las 10:00 hs.*

*Realizar tareas de rutina*

DOCTOR

M. 143-16020195/0 - I.M.

HOSPITAL ITALIANO

Tel. 981-5010 GASCON 450

Buenos Aires, de 19

Nombre del enfermo

*Rp.1 / Se deja constancia que el Sr. Diaz Pedro A. ha*

*sido operado de ojo derecho*

*en OD, No deben realizarse*

*terapias pasadas que exijan*

*esfuerzos físicos*

DOCTOR

*22/3/90*

DR. ENRIQUE QUAINTERNE

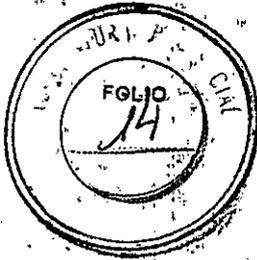
JEFE

SERV. DE OFTALMOLOGIA

MAT. NAC. 17.114.143-18020195/0

Cert. N°





Díaz Peltis.

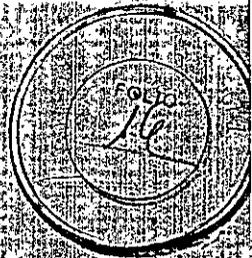
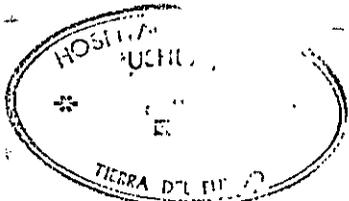
Debe ser intervenido  
por desprendimiento  
de retina.

*Silvia L. Escalante*  
Dra. SILVIA L. ESCALANTE  
MÉDICO OCULISTA  
M. N. 72 844



Actualmente está  
en reposo. exceptuando  
los trabajos fe-  
rudos. hasto. por no  
encontrar con el circulo  
que lo interviene.

Es obvio que no  
podría efectuar traba-  
jos pesados. por el  
estado de su modo  
de que existe en  
su riesgo de

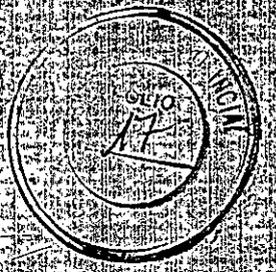


Redesprendimiento  
de retina

24/2/89

*[Signature]*

D. ALVA L. ESCALANTE  
MÉDICO OCULISTA  
M. N. 72 844



Centro oftalmológico  
 DR. HORACIO M SORIANO  
 De Alta Complejidad  
 Medicina Oftalmológica de Alta Complejidad S. A.

Presy Pedro P.M.

Se me operó el ojo 8/2/89

se encuentra en recuperación

No debe recibir lentes  
 feroces hasta por un año

Así fided a recibir el  
 ojo

Abelardo Emilio Cavatorta  
 OFTALMOLOGIA

8/2/89

SANCHEZ DE BUSTAMANTE 1086 - (1173) Capital - Tel. 89-6046/6047/6048/6049



FORMULARIO DE DERIVACION N°: 13/1/89

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

NOMBRE Y APELLIDO: DIAZ PEDRO. DOC. DE IDENTIDAD (TIPO: DNI.) N°: 13408478. EDAD: 28. SEXO: MASC. N° AFILIADO: 10332. NOMBRE TITULAR: DIAZ PEDRO

DATOS DEL MEDICO DERIVADOR:

NOMBRE Y APELLIDO: SILVIA ESCALANTE. LUGAR DE TRABAJO: H.R.U. Medico de diagnostico, terapeutica opinion especializada o control que se solicita: ESTUDIO TRATAMIENTO DE KERATO (Desplebsitient KERATO)

"EL MEDICO DERIVADOR ADJUNTARA RESUMEN DE HISTORIA CLINICA"

Requiere acompañante SI NO En caso afirmativo, vinculo... causa:

FIRMA DEL MEDICO: [Signature] Dr. SILVIA L. ESCALANTE MEDICO OCULISTA M. N. 72.844

ACLARACION Y N° DE MATRICULA

FECHA Y HORA DE RECEPCION EN EL INSTITUTO: 27.1.89 14:15 hs.

FIRMA DEL RECEPTOR: [Signature] Para Miriam ICHABO de SAVISKY Control. Faci. y Deriv. ISST

ACLARACION

DERIVACIONES ANTERIORES: NO

INFORMES DISPONIBLES: SE

DICTAMEN: CORRESPONDE DERIVACION SI NO

ACOMPANANTE SI NO

DESTINO DE LA DERIVACION: Delegacion Bs As

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL AUDITOR: CARLOS DANIEL SUAREZ M. N. 40750 MEDICO AUDITOR. FECHA: 27.1.1989

ORDEN DE PASAJE N°: 4680. TRAMO: Ush - Bs As - Ush

ORDEN DE HOTEL N°: 131. NOMBRE: Kings. N° DE DIAS: 2 dias

LLEVA ORDEN DE ATENCION SI NO. LUGAR Y N°:

TURNO SI NO. DONDE: FECHA: 1/1/89 hs.

- Debe confirmarse a Delegacion derivacion urgente - Solicitada la reserva por Miriam telefonicamente





Prestaciones cuya facturación se autoriza: .....

EL PRESTADOR DEBERA SOLICITAR AUTORIZACION PARA FACTURAR OTRAS PRESTACIONES

INFORME DEL PROFESIONAL O INSTITUCION A QUIEN SE DERIVO: Se requiere un informe conciso de lo realizado, o de los resultados obtenidos, sin perjuicio de cualquier otro informe que se juzgue adecuado remitir a esta obra social. En caso de no ser posible asentar ningún resultado de la derivación, se anotará tal circunstancia. En todos los casos deberá firmar el profesional o algún responsable de la Institución a quien se deriva.

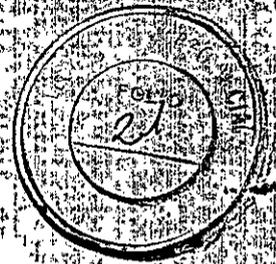
*De acuerdo a lo que se me solicitó por escrito el día 8/2/89, se autoriza la facturación de los servicios de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de la retina, en el marco de la derivación correspondiente.*

*[Handwritten signature]*

Dr. Abelardo Emilio Cavatorta  
OPTALMOLOGIA  
C.N. 63708

ACLARACION Y N° DE MATRICULA

FECHA 23/2/89



PLANILLA DE COSEGURO POR DERIVACION N° 13/89 FECHA 05 / 04 / 89

Anexo 1/89

DATOS DEL TITULAR:

NOMBRE Y APELLIDO: Diaz Pedro

N° AF.: 10332

DOMICILIO: Comercio Casa 29

T.E.:

REPARTICION: 70

LEGAJO: 10332

CATEGORIA:

DATOS DEL DERIVADO:

NOMBRE Y APELLIDO: el titular

N° AF.:

DOMICILIO:

T.E.:

PARENTEZCO:

Por Resolución I.S.S.T. N°  
siguiente coseguo:

el Afiliado se hace cargo del

PASAJE: .....20%  
ALOJAMIENTO: .....25%  
HACIONAMIENTO: .....25%

CONSULTAS, PRACTICAS AMBULATORIAS: .....20%  
INTERNACION Y MEDICAMENTOS: .....10%  
PRESTAMOS: .....

En caso de necesitar acompañante, este adoptará la misma modalidad del afiliado derivado, con respecto al pago del porcentaje de coseguo y será debitado de los haberes del titular.

Se deja aclarado:

- 1) Que el porcentaje del pasaje será descontado en el momento de ser aprobada la derivación.
- 2) Los demás descuentos se irán efectuando a medida que lleguen a esta Obra Social las facturaciones.
- 3) El titular o autorizado avalará con su firma en los comprobantes que surjan de las prácticas, días de hotel u otros gastos.

COMPROMISO DE PAGO.

Por la presente me comprometo a abonar a mi regreso el total del porcentaje de coseguo correspondiente a la derivación N° 13/89 Anexo 1/89

*[Firma manuscrita]*

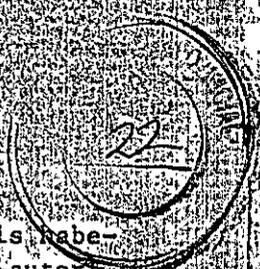
FIRMA Y D.N.I. 13.708.418

En caso de estar el derivado titular imposibilitado de firmar, será un familiar directo en primer grado, mayor de edad, quien firmará en nombre del titular, y autorizará con su firma al acompañante (en caso de que no sea el mismo) a avalar las prestaciones y/o gastos que origine la derivación del titular y los gastos del acompañante.

FIRMA DEL FAMILIAR EN 1° GRADO

ACLARACION

EMI



PARA EL AFILIADO: Presto mi conformidad para que se me descuenta de mis haberes, el costo de pasajes, alojamiento, y gastos de las prestaciones autorizadas, en caso de: No entregar este formulario con el INFORME DEL PROFESIONAL O INSTITUCION A QUIEN SE DERIVA debidamente firmado, sellado y fechado, por el profesional que me asistió, dentro de un plazo de 30 días. - Se deja constancia que este Instituto cubrirá el 100% de las prestaciones médico-asistenciales e internación, en los lugares contratados por el mismo. Se excluyen: aranceles diferenciados, como así también las prestaciones médicas, estudios, internaciones, etc. realizadas por el afiliado en lugares no contratados, salvo que dichas prácticas se realicen solamente en ese Centro Especializado no contratado por la Obra Social, y mediando siempre la autorización escrita del Médico Auditor. En ese caso se reintegrará al regreso del afiliado, previa entrega de la documentación correspondiente y cumplimentada, las prestaciones realizadas, con los valores que fija el INOS en NOMENCLADOR NACIONAL.

PARA AFILIADOS DERIVADOS A LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: Antes de dirigirse a cualquier prestador deberán concurrir a CASA TIERRA DEL FUEGO, los días: ..... de ..... a ..... hs., para tomar contacto con el personal del ISST. el Médico Auditor del ISST en Casa T. del Fuego analizará juntamente con la Asistente Social, cada caso, dirigiendo al paciente hacia el prestador con contrato con este Instituto, más adecuado para cada caso en particular. Por tal motivo, el médico que origina la derivación podrá sugerir el destino de la misma, pero en ningún caso significará ello, obligación por parte del ISST.

En los casos de que el médico tratante en Buenos Aires solicite controles posteriores, deberá intervenir el Médico Auditor del ISST en Casa Tierra del Fuego para autorizar o no, dicho regreso a Buenos Aires a cargo de la Obra Social. La sola indicación del médico tratante de regresar a control, o a nuevos estudios, no constituye suficiente comprobación para el ISST si no cuenta con la intervención del Médico Auditor, autorizándola. Horario de atención del Médico Auditor en Casa T. del Fuego: ..... de ..... a ..... hs.

FIRMA DEL AFILIADO: *P. P. P.* FECHA DE ENTREGA: 11/14/89 VIAJA: 12/14/89

INFORME DEL AUDITOR: (De solicitar control posterior) Autorizo control solicitado para 2 (dos) meses  SI  NO Motivo: Re-

querido por Otorrinolaringólogo, derivante en Buenos Aires.

(De solicitar reintegro) Corresponde:  SI  NO Motivo:

Se deja constancia que el afiliado percibió un anticipo de reintegro de australes treinta y cinco mil (\$ 35.000) en esta delegación.

Observaciones: Solicitará reintegro por honorarios desde el 22/7/89 al 12/9/89 - Solicitará reintegro por viaje de acompañante CBA - BS As. (dos viajes) y el correspondiente honorario desde el 08/08/89 al 26/08/89. (a todo vale).

FECHA: 11/09/89 FECHA DE VIAJE: 13/09/89

FIRMA Y ACLARACION AUDITOR (Médico u odontológico según corresponda): *Maria Alejandra Pérez* ADOLFO G. PEREYRA ROZAS M.N. 29544 Médico Auditor - I.S.S.T. OSVALDO O. PEREYRA ISST. (BS. AS.)



PLANILLA DE COSEGURO POR DERIVACION N° 13/89 FECHA 05/04/89

Anexo 1/89

DATOS DEL TITULAR:

ADHERENTE - ~~ORIGINARIO~~

NOMBRE Y APELLIDO: Diaz Pedro

N° AF.: 10332

DOMICILIO: Carrera casa 29

T.E.: \_\_\_\_\_

REPARTICION: 70

LEGAJO: 10332

CATEGORIA: \_\_\_\_\_

DATOS DEL DERIVADO:

NOMBRE Y APELLIDO: el titular

N° AF.: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

T.E.: \_\_\_\_\_

PARENTEZCO: \_\_\_\_\_

Por Resolución I.S.S.T. N° \_\_\_\_\_ el Afiliado se hace cargo del siguiente coseguro:

PASAJE: .....20%  
ALOJAMIENTO: .....25%  
RACIONAMIENTO: .....25%

CONSULTAS, PRACTICAS AMBULATORIAS: .....20%  
INTERNACION Y MEDICAMENTOS: .....10%  
PRESTAMOS: .....%

En caso de necesitar acompañante, este adoptará la misma modalidad del afiliado derivado, con respecto al pago del porcentaje de coseguro y será debitado de los haberes del titular.

Se deja aclarado:

- 1) Que el porcentaje del pasaje será descontado en el momento de ser aprobada la derivación.
- 2) Los demás descuentos se irán efectuando a medida que lleguen a esta Obra Social las facturaciones.
- 3) El titular o autorizado avalará con su firma en los comprobantes que surjan de las prácticas, días de hotel u otros gastos.

COMPROMISO DE PAGO

Por la presente me comprometo a abonar a mi regreso el total del porcentaje de coseguro correspondiente a la derivación N° 13/89 Anexo 1/89

*[Handwritten signature]*

FIRMA Y D.N.I. 13.708.478

En caso de estar el derivado titular imposibilitado de firmar, será un familiar directo en primer grado, mayor de edad, quien firmará en nombre del titular, y autorizará con su firma al acompañante (en caso de que no sea el mismo) a avalar las prestaciones y/o gastos que origine la derivación del titular y los gastos del acompañante.

FIRMA DEL FAMILIAR EN 1° GRADO \_\_\_\_\_

ACLARACION \_\_\_\_\_

FNI \_\_\_\_\_



Centro oftalmológico  
HORACIO M. SORIANO  
Alta Complejidad

Clínica Oftalmológica de Alta Complejidad S.A.



Dr. Adriano P. V. C.

Examinado el día 6/2/89

Se encuentra en recuperación  
debe recibir los  
medicamentos prescritos  
y faltar a control al  
mes

Abelardo Emilio-Cavallotti  
OFTALMOLOGIA  
1/89

abaja  
atalt  
univ  
pau



Redes presbiciometría  
de retina

Just

24/2/89

Dr. J. A. L. ESCALANTE  
MEDICO OCULISTA  
M. N. 72 844

es  
a  
a



Dr. Adriano P. V. C.

Paciente Hipopl

Alto que sufrió des  
prendimiento de re

fino de ojo derecho

reciente mente operado

de efectos tóxico

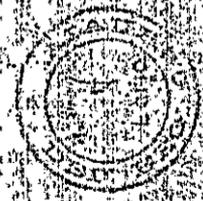
viniente preventiva  
con lo ser en su  
siguiente





Don Pedro

Paciente Mope  
Otro que sufre de  
prejudicio de re-  
tiro de ojo derecho  
reciente huerfano periodo  
de la edad habo  
muerto preventivo  
con lo ser en su ojo  
izquierdo



Atención dispensada en el Hospital de Ushil

El Hospital de Ushil  
San Antonio de los Baños  
Cundinamarca



HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

USHUAIA - C. P. 9410  
T: E. 91435-91441-91396

JUNTA MEDICA N.º 110



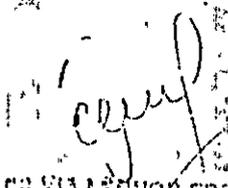
----- En Ushuaia, Capital del Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, a los VEINTISIETE días del mes de MARZO de mil novecientos ochenta y NUEVE, se reúne la Junta Médica integrada por los doctores: SILVIA ESCALANTE y CARLOS LINARES, a los efectos de expedirse sobre el estado de salud del señor/ra: PEDRO PABLO DIAZ

De los antecedentes y exámenes practicados, se arriba a las siguientes conclusiones:

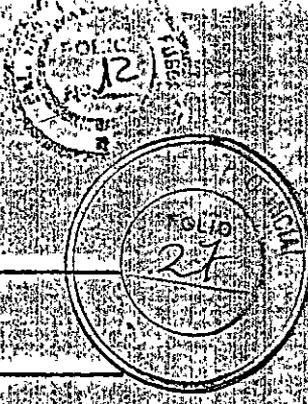
Que el/la paciente: PEDRO PABLO DIAZ con el diagnóstico de: DESPRENDIMIENTO DE RETINA debe concurrir a centro especializado, Servicio de: MAXOR COMPLEJIDAD a los efectos de realizar: REINTERVENCION

Para constancia de lo actuado se labra y firma la presente en el lugar y fecha arriba indicados. -----

  
Dr. CARLOS ERNESTO LINARES  
Médico Cirujano  
M. N.º 62254

  
Dra. SILVIA ESCALANTE  
M. N.º 78844  
Psicóloga

----- Para constancia esta Dirección RATIFICA los términos de la Junta Médica integrada por los doctores: SILVIA ESCALANTE Y CARLOS LINARES respectivamente. -----



Apellido y nombres

DIAZ PEDRO

H.C. N°

Servicio

Sala

Cama N°

Paciente que fue operado de Desprendimiento de retina del ojo derecho en febrero de este año. Estado bajo control y limpieza - gran control con oftalmos. Desde ayer notó en forma brusca pérdida de claridad y fotopsia por el soldado de corrientes. Necesita procedimiento.

Se envia para su reinterconsulta al mismo lugar donde fue atendido el primero vez.

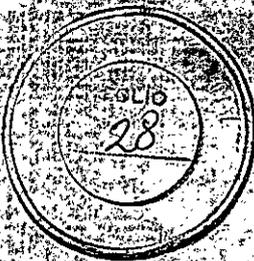
Requiere acompañante

*[Handwritten signature]*

HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

12 de Octubre y Maipú

TE 213961441



Nombre y Apellido

Pablo Díaz

O. Social

Afiliado N°

Rp.

Incapacidad  
Mental

OJ. Visión cerca

OJ. 3 a 4/10 cm  
difíciles

Porcentaje entre

70 - 80%

Fecha

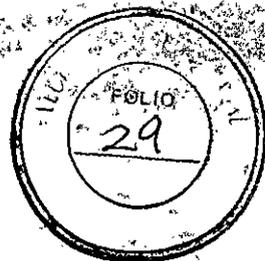
29/1/83

SILVIA L. ESCALANTE  
OPTALMOLOGA  
M.N. 72844



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

LEGISLATURA PROVINCIAL  
BLOQUE MOVIMIENTO POPULAR FUEGUINO



USHUAIA, 11 de Marzo de 1993.-

SR. DIRECTOR  
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA  
Dn. Daniel Cayuso  
Su Despacho.-

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para solicitarle tenga a bien tramitar una Junta Médica para la evaluación de una Pensión Social, requerida por el Señor Pedro Pablo Díaz, por encontrarse con una incapacidad visual de alto porcentaje.

El mismo es paciente de un profesional de ese Hospital, siendo su historia clínica la Nº 18.168.

La presente solicitud es de importancia como documentación de estudio para la resolución de esta Cámara en el otorgamiento de dicha Pensión.

Sin otro particular y a la espera de su gestión, lo saludo con mi más entera consideración.

HOSPITAL REGIONAL USHUAIA	
Entró:	Saló:
11 MAR 1993	LINA OJEDA

21173

  
MARIA CONIC de FAGUNDEZ  
Legisadora  
Legislatura Provincial



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

HOSPITAL REGIONAL USHUAIA



JUNTA MEDICA Nº 74 /93.-

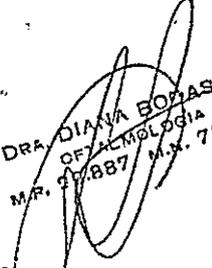
- - - - -En Ushuaia, Capital de la Provincia de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, a pedido de la Legislatura Provincial reúne en Junta Médica las doctoras: DRA. SONIA PEREZ Y DRA. DIANA BODASIUK, a los efectos de expedirse sobre el estado de salud del señor PEDRO PABLO DIAZ HC. Nº 18.168.-----

De los antecedentes y exámenes practicados se arriban a las siguientes conclusiones:

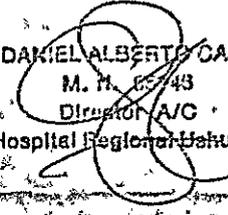
RESUMIENDO: Paciente monocular, con miopía alta, con alto porcentaje a desarrollar, desprendimiento de retina, campo visual reducido a 20%.  
INCAPACIDAD LABORAL DEL 100 % (CIEN POR CIENTO).

Para constancia de lo actuado se labra y firma la presente en lugar y fecha arriba indicados.-----

  
DRA. SONIA PEREZ de LASSERRE  
OFY. OFTALMOLOGIA  
M.N. 72.688

  
DRA. DIANA BODASIUK  
OFY. OFTALMOLOGIA  
M.P. 27.887 M.N. 75.365

- - - - -Para constancia esta Dirección RATIFICA los términos de la Junta Médica integrada por las doctoras: DRA. SONIA PEREZ Y DRA. DIANA BODASIUK, respectivamente.-----

  
Dr. DANIEL ALBERTO CAYUSO  
M. N. 65.743  
Director A/C  
Hospital Regional Ushuaia



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

LEGISLATURA PROVINCIAL  
BLOQUE MOVIMIENTO POPULAR FUEGUINO

USHUAIA, 11 de Marzo de 1993.-

SR.  
SUBSECRETARIO DE ACCION SOCIAL  
Dn. Juan Carlos Soldo  
Su Despacho.-

Me dirijo a Ud. para solicitarle tenga a bién gestionar, dentro de su departamento de Tercera Edad, la tramitación pertinente para el otorgamiento de una Pensión Social, dado que es necesario la evaluación socio-ambiental y económica del caso para ser presentado en esta Cámara para resolver el otorgamiento.

Adjunto a la presente datos particulares del solicitante para su conocimiento.

A la espera de la gestión de su area me despido de Ud. con mi mayor consideración.

MARIA JONJIC de FAGUNDEZ  
Legisladora  
Legislatura Provincial

11-03-93



DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellido: Pedro Pablo Diaz  
Domicilio: Gobernador Conero 359 Barrio Perón  
D.N.I.: 13.708.478

# REPUBLICA ARGENTINA

POLICIA DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO  
ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR



Certificado de Residencia 223.-

Certifico que ..... Don Pedro Pablo DIAZ.- .....

Documento tipo ..... D.N.I. .... N° ..... 13.708.478.- .....

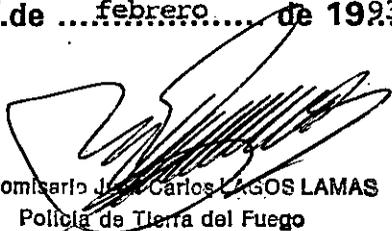
Reside en esta Provincia desde el ..... 16 ..... de ..... Noviembre ..... de 1982.-

según constancias obrantes en su Prontuario. (N° ..... 50.320.- .....

A solicitud del interesado y a solo efecto de ser presentado ante; ...  
la Legislatura de la Provincia de Tierra del Fuego.-  
.....  
.....

Dirección de Investigaciones, Ush., ..... 17 de ..... febrero ..... de 1993.-



  
Subcomisario Juan Carlos LAGOS LAMAS  
Policia de Tierra del Fuego



**Cooperativa Obrera de Trabajo y  
Consumo de Estibadores Portuarios del  
Atlántico Sur Ltda.**

MATRICULA S. A. C. Nº 10674

**INTENDENTE OLMOS 1042 - Tel. - Fax 0901 - 23908 - 24047  
9410 USHUAIA - TIERRA DEL FUEGO**



USHUAIA 04-05-93

**\*\*\* CONSTANCIA DE TRABAJO\*\*\***

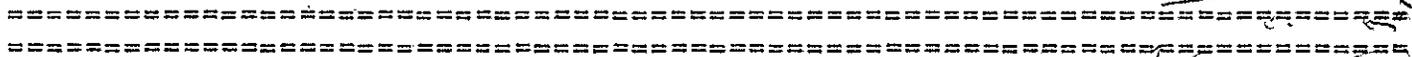
En la Ciudad de USHUAIA a los cuatro días\*\* del mes de Mayo de 1993, se extiende la presente al solo efecto de dar... constancia, que el Señor Pedro Pablo Diaz D.N.I. N° 13.708.478, de nacionalidad Argentino, estado civil soltero.- Con domicilio en calle Cornero.- N°359 de esta Ciudad. Con fecha de ingreso como asociado a la COTCEPAS.- Ltda. 06-06-90, como socio-estibador N° 0090/90, percibiendo en la actualidad un retorno mensual promedio de 510 \$ ( quinientos diez pesos).-

Se extiende la presente a solicitud del interesado a efectos de ser presentado ante las autoridades de Legislatura Provincial.-



Por C.O.T.C.E.P.A.S.

**C.O.T.C.E.P.A.S. Ltda.**  
ANDRES HERNAN CONTRERAS  
Tesorero



# REPUBLICA ARGENTINA

PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO, ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR

## POLICIA PROVINCIAL

DIRECCION DE INVESTIGACIONES CRIMINALES  
DEPARTAMENTO TECNICA

### CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA

(Válido por seis meses)

Nº 965.-

Conste que Don Pedro Pablo DIAZ.-

cuya firma va al pie, quien deberá justificar ser titular de este Certificado con la Cédula de Identidad, expedida por esta Policía Provincial o con el Documento Nacional de Identidad otorgado por el Registro Nacional de las Personas, se halla en condiciones de poseer el presente testimonio que se extiende para:

Ser presentado ante la Legislatura de la Provincia de Tierra del Fuego.-

Observaciones: No registra antecedentes en esta Policía.-

Ushuaia, 17 de febrero de 1993.-

Prontuario Nº: 50.320.-

Ind. Dact: E-1131-/-I-1212.-

Subcomisario Juan Carlos LAGOS LAMAS  
Policía de Tierra del Fuego

~~XX~~ D.N.I. Nº: 13.708.478.-

caf

Firma del interesado

Pulgar Derecho

