

PODER LEGISLATIVO



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

COMUNICACIONES OFICIALES

Nº **153** PERÍODO LEGISLATIVO **2006**

EXTRACTO P.E.P. NOTA Nº 323/06 ADJUNTANDO INFORME REQUERIDO MEDIANTE RESOLUCIÓN DE CÁMARA Nº 153/06. (S/COPIA DEL LIBRO DE GUARDIA MÉDICA DEL HOSPITAL REGIONAL RÍO GRANDE).

Entró en la Sesión 14/09/2006

Girado a la Comisión CB
Nº: _____

Orden del día Nº: _____



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

PODER LEGI.
PRESIDENCIA
N° 950
04.09.06
HORA: 12:30
FIRMA:

LEGISLATIVO
LEGISLATIVA
05 SET. 2006
MESA DE ENTRADA
153 12:30
N° 153 H.S. FIRMA:

NOTA N° 323
GOB

USHUAIA, 01 SET. 2006

SEÑORA VICEPRESIDENTE 1°:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. en mi carácter de Gobernador de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, con el objeto de remitirle en contestación a la Resolución N° 153/06 de la Legislatura Provincial, Informe N° 7620/06, Letra: M.S., emitida por el Ministerio de Salud y Nota N° 3143/06 Letra: H.R.R.G.(D), emitida por la Dirección General del Hospital Regional Río Grande, con su correspondiente documental, e Informe S.L. y T. N° 2081/06, en un total de cincuenta y cinco (55) fojas.

Sin otro particular, saludo a la señora Vicepresidente 1° con atenta y distinguida consideración.

AGREGADO: Soporte Informático.-

HUGO OMAR CÓCCARO
GOBERNADOR

A LA SRA. VICEPRESIDENTE 1°
A/C DE LA PRESIDENCIA DE LA
LEGISLATURA PROVINCIAL
Dña. Angélica GUZMAN

S / D.-

* Pose para próxima Sesión

Legislador **Damián LÖFFLER**
Vicepresidente 2°
A/C de la Presidencia
Ejecutiva

"Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur, y los **Fielos** **Argentin** son y serán **Argentinos**."



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

SECRETARIA LEGAL Y TECNICA

USHUAIA, 31 AGO 2006

SEÑOR GOBERNADOR

S _____ / _____ D.-

Me dirijo a Ud., a fin de remitir documentación que fuera recepcionada en esta Secretaría Legal y Técnica en contestación a lo solicitado mediante Resolución N° 153/06 de la Cámara Legislativa de la Provincia, dada en sesión Ordinaria del día 10 de Agosto de 2006, consistente en: Informe N° 7620/06 Letra: M.S., emitido por el Ministerio de Salud y Nota N° 3143/06 Letra: H.R.R.G.(D), emitida por la Dirección General del Hospital Regional Río Grande, con su correspondiente documental, en un total de cincuenta y cuatro (54) fs.

Asimismo, y de conformidad con lo dispuesto en la Ley Pcial. N° 650, se acompaña soporte magnético conteniendo la información suministrada.

En consecuencia, correspondería remitir dicha información a la Legislatura de la Provincia.

INFORME S.L. y T. N° 2081 /06.

f

Juan José LARROUYET
Subsecretario Legal y Técnico



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

Cde. Nota N° 203/06 D.G.A.J.
Inf. N° 7620/06 MS

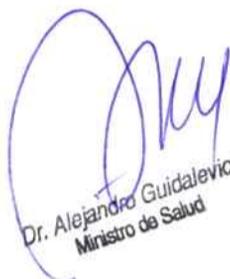
USHUAIA,

129 AGO 2006

SECRETARIA LEGAL Y TECNICA:

Se giran los presentes actuados, en respuesta a la nota del corresponde, relacionados a la Resolución N° 153/06 de la Legislatura Provincial, dada en Sesión Ordinaria el día 10 de agosto 2006, a fin de girar adjunto Nota N° 3143/06, producida por el Hospital Regional Río Grande.




Dr. Alejandro Guidalevich
Ministro de Salud

SECRETARIA LEGAL Y TECNICA	L F
ENTRADA: 30 AGO. 2006	
SALIDA:	

30-AJ 30-8-06 14:15

14:05HS



Provincia de Tierra del Fuego
Antártida e Islas del Atlántico Sur
"Hospital Regional Río Grande"
División Despacho

Nota N°: 3143/06
Letra : H.R.R.G. (D)

Río Grande, 28 de agosto de 2006

A la Directora de Despacho Administrativo SCCG
Sra. Luisa ZALAZAR
S / D

En respuesta a informe N° 7515 adjunto copias certificadas del libro de guardia (policial) y planillas de informe estadístico correspondientes a las guardias de los días 19, 20 y 21/7/06. Consta de 52 folios.

Atentamente


LUIS ERNESTO QUEYEDO
DIRECTOR GENERAL
Hospital Regional Río Grande

MINISTERIO DE SALUD SUBSECRETARÍA DE COORDINACIÓN Y CONTROL REGIONAL	
ENTRO	SALIO
2299100020066 29 AGO 2006	AD - J.M.

MINISTERIO DE SALUD	
ENTRO	SALIO
29 AGO. 2006	
GEBalazar	

MINISTERIO DE SALUD	
ENTRO	SALIO
29 AGO. 2006	29 AGO. 2006
GEBalazar	

MINISTERIO DE SALUD SUBSECRETARÍA DE COORDINACIÓN Y CONTROL REGIONAL	
ENTRO	SALIO
AD - J.M. 29 AGO 2006	



24

Nombre y Apellido: Rivero Emmanuel Edad: 15 Fecha: 19/07/16 Hora: 9
Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Ebriedad
Aliento Etílico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO) Sa-
niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.:

Sin lesiones fis

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas -
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días -
Tiempo Estimativo de Curación:
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

[Signature]
Dra. MARIA INES ARROYO MEDICO
M.N. 67573 CLINICA MEDICA
Hospital Regional Rio Grande

Nombre y Apellido: Bronchi Cecilio Edad: 18 años Fecha: 19/07/16 Hora: 9
Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Ebriedad
Aliento Etílico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO) Sa-
niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.:

*Neurotomo en parte lto izquierda
Neurotomo en parte del izquierdo*

ES COPIA FIEL
DEL ORIGINAL

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas -
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días -
Tiempo Estimativo de Curación: 1 semana
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

[Signature]
Dra. MARIA INES ARROYO MEDICO
M.N. 67573 CLINICA MEDICA

Nombre y Apellido: Lomero Coky Edad: 29 Fecha: 17/12/06
Alcoholemia: (*) (SI-NO) (SI) Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de E
Aliento Etilico: (*) (SI-NO) (SI) Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) (SI) Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO) (SI)
niega Extracción: (*) (SI-NO) (SI)

Examen Físico, Lesiones, etc.:

Sin lesiones

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas -
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días -
Tiempo estimativo de Curación:
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

EDGAR A. VERA
ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA
CLINICA MEDICA N.º 100325 - M.R.R.C.
FIRMA MEDICO

Nombre y Apellido: Antonio Serna Edad: 32 Fecha: 19/12/06
Alcoholemia: (*) (SI-NO) (SI) Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de E
Aliento Etilico: (*) (SI-NO) (SI) Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) (SI) Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO) (SI)
niega Extracción: (*) (SI-NO) (SI)

Examen Físico, Lesiones, etc.:

Supras costal con ruidos
de fisis y su aumento y un
palido estar de fisis
- de ruidos en el abdomen
- de ruidos en el abdomen

ES COPIA FIEL
DEL ORIGINAL
MARCEN BEATRIZ VERA
ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA
CLINICA MEDICA N.º 100325 - M.R.R.C.

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas -
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días -
Tiempo estimativo de Curación:
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) (SI) Internado: (*) (SI-NO) (SI)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

EDGAR A. VERA
ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA
CLINICA MEDICA N.º 100325 - M.R.R.C.
FIRMA MEDICO

Nombre y Apellido: Jose' D. G. de M. Edad: 27 Fecha: 19/1/06 Hora: 11
Alcoholémico: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Ebriedad
Alergia Etílica: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia Lingüística: (*) (SI-NO) Se
Níscas Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.: DESEMPEÑO

de M.

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas.-
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días.-
Tiempo estimativo de Curación:
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

DR. EDGAR ADA VEGA
ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA
CLÍNICA MÉDICA MIN: 350205 - F.L.R.G.

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

FIRMA MÉDICO

Nombre y Apellido: JOSE CRISTIAN Edad: 27 Fecha: 19/1/06 Hora: 11
Alcoholémico: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Ebriedad
Alergia Etílica: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia Lingüística: (*) (SI-NO) Se
Níscas Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.: DESEMPEÑO

de M.

ES COPIA FIEL
DEL ORIGINAL

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas.-
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días.-
Tiempo estimativo de Curación:
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

MARCELA BENTON VERA
JEFE DIVISION DESPACHO
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

DR. EDGAR ADA VEGA
ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA
CLÍNICA MÉDICA MIN: 350205 - F.L.R.G.

FIRMA MÉDICO

Nombre y Apellido: Loza Leite Edad: 40 Fecha: 19/12/06 Hora: 19
Alcoholismo: (*) (SI-NO) (SI) Ocurriencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) (SI) Clínicos de Ebricitad
Alerta Eólica: (*) (SI-NO) (SI) Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) (NO) Incoherencia del lenguaje: (*) (SI-NO) (NO)
niega Extracción: (*) (SI-NO) (NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.:

NO presenta lesiones

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas -
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días -
Tiempo estimativo de Curación:
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

DR. EDGAR ADRIAN
ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA (ING)
CLINICA MEDICAL SAHSA S.A.S. - H.E.R.A.
FIRMA MEDICO

Nombre y Apellido: José García Morales Edad: 49 Fecha: 19/12/06 Hora: 2:40
Alcoholismo: (*) (SI-NO) (NO) Ocurriencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) (SI) Clínicos de Ebricitad
Alerta Eólica: (*) (SI-NO) (NO) Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) (NO) Incoherencia del lenguaje: (*) (SI-NO) (NO)
niega Extracción: (*) (SI-NO) (NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.:

Detenido

Sin lesiones

ES COPIA FIEL
DEL ORIGINAL

MARCELA REA PÉREZ
JEF. ADMINISTRATIVO
HOSPITAL GENERAL DE CALI

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas -
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días -
Tiempo estimativo de Curación:
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

DR. EDGAR ADRIAN
ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA (ING)
CLINICA MEDICAL SAHSA S.A.S. - H.E.R.A.
FIRMA MEDICO



Nombre y Apellido: LEIVA MARCOS MANUEL Edad: 13 Fecha: 18/7/06 Hora: 22:22
 Ocurrió: (*) (SI-NO) (NO) Ocurrió: Via Pública - de Tratamiento: Domiciliario Signos Clínicos de Ebriedad: (NO)
 Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) (NO) - Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO) (NO)
 Examen Físico, Lesiones, etc.:

Herida de arma blanca (2) con
anillo 13/7

Grado de Lesiones: (*) (Leves) - Graves - Gravísimas.
 Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) (NO) Menor - Mayor de 30 días.
 Tiempo estimativo de Curación: 7 días
 Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) (NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) (NO) - Internado: (*) (SI-NO) (NO)
 TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

[Signature]

DR. PATRICIO FRANCO
 ESPEC. CIRUGIA GRAL
 Mat. T.D.F. 582
 FIRMA MEDICO

Nombre y Apellido: Gba, Espino Edad: 22 Fecha: 19/7/06 Hora: 22:32
 Alcoholemia: (*) (SI-NO) (NO) Ocurrió: Via Pública - de Tratamiento: Domiciliario Signos Clínicos de Ebriedad: (NO)
 Afecto Ético: (*) (SI-NO) (NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) (NO) - Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO) (NO)
 Neces. Extracción: (*) (SI-NO) (NO)

Examen Físico, Lesiones, etc. Sin lesiones

ES COPIA FIEL
 DEL ORIGINAL

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas.
 Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) (NO) Menor - Mayor de 30 días.
 Tiempo estimativo de Curación:
 Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) (NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) (NO) - Internado: (*) (SI-NO) (NO)
 TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

MARCELA BEATRIZ VERA
 JEFE DIVISION DESPACHO
 HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

FIRMA MEDICO

Nombre y Apellido: Carlos Castro Edad: 20 Fecha: 20/10/06 Hora: 5
 Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Doméstico) Doméstico
 Aliento Etílico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) SI Incoherencia Lengua: (*) (SI-NO) SI
 Niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.: Siempre corpulenta en todo por nivel y base

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas.
 Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días.
 Tiempo estimativo de Curación: de tres a evolucion
 Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) NO Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) NO Internado: (*) (SI-NO) NO

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

DR. EDGAR ADARVEGA
 ESPECIALISTA EN DEFECTOLOGÍA Y FORENSE
 CÁMARA MÉDICA N.º 10335 - H.A.R.G.
 FIRMA MÉDICO

Nombre y Apellido: Abin Velazquez Edad: 21 Fecha: 20/10/06 Hora: 5
 Alcoholemia: (*) (SI-NO) NO Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Doméstico) Doméstico
 Aliento Etílico: (*) (SI-NO) NO - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) NO Incoherencia Lengua: (*) (SI-NO) NO
 Niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.: sin lesiones

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
 CANCELAR BEATIZADO
 EFECTIVO DE FIRMAS
 MINISTERIO REGIONAL DE JUSTICIA

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas.
 Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días.
 Tiempo estimativo de Curación:
 Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) NO Internado: (*) (SI-NO) NO

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

DR. EDGAR ADARVEGA
 ESPECIALISTA EN DEFECTOLOGÍA Y FORENSE
 CÁMARA MÉDICA N.º 10335 - H.A.R.G.
 FIRMA MÉDICO



247

Nombre y Apellido: Juana Hernandez Edad: 46 Fecha: 20/11/14 Hora: 5:30
 Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Ebriedad
 Aliento Etílico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO)
 Niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.:

En Leng

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas.
 Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días.
 Tiempo estimativo de Curación:
 Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

[Signature]
 DR. EDGAR ADAN VEGA
 ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA (UNCI)
 CLINICA MEDICA DSM: 106335 - H.R.R.G.
 FIRMA MEDICO

Nombre y Apellido: Manuel Ruiz Edad: 19 Fecha: 20/11/14 Hora: 5:30
 Alcoholemia: (*) (SI-NO)
 Aliento Etílico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO)
 Niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.:

Es normal a un nivel

ESCOPIA FIEL DEL ORIGINAL

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas.
 Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días.
 Tiempo estimativo de Curación:
 Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

[Signature]
 MARCELA BEATRIZ VERA
 JEFE DIVISION DESPACHO
 HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

[Signature]
 DR. EDGAR ADAN VEGA
 ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA (UNCI)
 CLINICA MEDICA DSM: 106335 - H.R.R.G.
 FIRMA MEDICO

Nombre y Apellido: Es esle Edad: 17 Fecha: 20/10/06 Hora: 5:00
Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Ebriedad
Aliento Etilico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO) Es
niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.: sin lesiones

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días
Tiempo estimativo de Curación:
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

DR. EDGAR ADAN VEGA
ESPECIALISTA EN TOXICOLOGIA (UNC)
CLINICA MEDICA MV 108325 - H.R.R.G.
FIRMA MEDICO

Nombre y Apellido: Es esle Edad: 17 Fecha: 20/10/06 Hora: 5:00
Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Ebriedad
Aliento Etilico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO) Es
niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.: sin lesiones

ES COPIA FIEL
DEL ORIGINAL
MARCELA BEATRIZ VERA
JEFE DIVISION DESPACHO
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días
Tiempo estimativo de Curación:
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

DR. EDGAR ADAN VEGA
ESPECIALISTA EN TOXICOLOGIA (UNC)
CLINICA MEDICA MV 108325 - H.R.R.G.
FIRMA MEDICO

Nombre y Apellido: Cosma Velazquez Edad: 19 Fecha: 20/11/08 Hora: 05:45
Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Via Publica - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clinicos de Ebriedad:
Aliento Etilico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO) C
niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.:
Sin Lesiones

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves _ Gravísimas.-
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días.-
Tiempo estimativo de Curación:
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

DR. EDGAR ADAN VERA
ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA (MIR)
CLINICA MEDICA SA 108335 - H.H.H.H.
FIRMA MEDICO

Nombre y Apellido: Jorge Pizarro Edad: 19 Fecha: 20/11/08 Hora: 07:22
Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Via Publica - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clinicos de Ebriedad:
Aliento Etilico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO) C
niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.:
Sin Lesiones

COPIA FIEL
DEL ORIGINAL
LA REPRODUCCIÓN
DE ESTE DOCUMENTO
ES PROHIBIDA SIN
EL CONSENTIMIENTO
DE LA AUTORIDAD
COMPETENTE

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves _ Gravísimas.-
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días.-
Tiempo estimativo de Curación:
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

DR. EDGAR ADAN VERA
ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA (MIR)
CLINICA MEDICA SA 108335 - H.H.H.H.
FIRMA MEDICO

Nombre y Apellido: Guillermo E. Echeverri Edad: 28 Fecha: 20/10/06 Hora: 06:30
Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Via Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Enfermedad
Aliento Etilico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO)
niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.:

sin lesiones

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves _ Gravísimas.-
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días.-
Tiempo estimativo de Curación:
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

DR. EDGAR ADAN VEGA
ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA (UNC)
CLINICA MEDICA Nro. 106305 - M.R.G.

FIRMA MEDICO

Nombre y Apellido: Walter Goicweal Edad: 23 Fecha: 20/10/06 Hora: 06:30
Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Via Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Enfermedad
Aliento Etilico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO)
niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.:

Examen leve físico

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves _ Gravísimas.-
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días.-
Tiempo estimativo de Curación: A medio plazo
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

DR. EDGAR ADAN VEGA
ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA (UNC)
CLINICA MEDICA Nro. 106305 - M.R.G.

FIRMA MEDICO

ES COPIA FIEL
DEL ORIGINAL

VERA BEATRIZ VERA
JEFE DIVISION DESPACHO
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

Nombre y Apellido: Juan Cardenas Edad: 25 Fecha: 20/07/06
Alcoholamia: (*) (SI-NO) (NO) Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario)
Alimento Etilico: (*) (SI-NO) (NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) (NO) - Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO) (NO)
Niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.: Large ecchymosis on nose
and neck, bruise on forearm,
de blue spots
- Escoran de los estetas

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas -
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días -
Tiempo estimativo de Curación: De 2 a 30 días
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) (NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) (NO) Internado: (*) (SI-NO) (NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

DR. EDGAR ADRIAN VEGA
ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA (UNC)
CLINICA MEDICA MM: 10335 - H.R.R.G

FIRMA MEDICO

ES CORIA FIEL
DEL ORIGINAL
JURADO DE MEDICINA
JURADO DE DESPACHO
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

Nombre y Apellido: Chadío Hernando Cerezo Edad: 14 años Fecha: 20/07/06 Hora: 11:45
Alcoholamia: (*) (SI-NO) (NO) - Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Ebriedad
Alimento Etilico: (*) (SI-NO) (NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) (NO) - Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO) (NO)
Niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.: Presento edema bilateral
en ambos ojos - escoriaciones en ambos lados
en tórax en ambos antebrazos, escoriaciones en
antebrazo derecho.
Hematomas y ecchimosas en antebrazo izquierdo y antebrazo
escoriaciones y hematomas en región externa
de antebrazo de mano derecha.
Hematomas a nivel superior pie izquierdo

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas -
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días -
Tiempo estimativo de Curación: Según evolución
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) (NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) (NO) Internado: (*) (SI-NO) (NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

FIRMA MEDICO

Nombre y Apellido: Azeiello Raio Edad: 90a Fecha: 20/07/06 Hora: 7:19

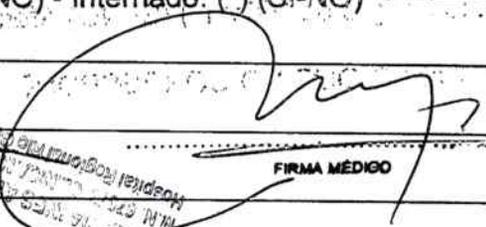
Alcoholemia: (*) ~~(SI-NO)~~ Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Sign. a Clínicos de Ebrriedad
Aliento Etílico: (*) ~~(SI-NO)~~ - Incoordinación Motora: (*) ~~(SI-NO)~~ - Incoherencia Lengua: (*) ~~(SI-NO)~~ Se
niega Extracción: (*) ~~(SI-NO)~~

Examen Físico, Lesiones, etc.:

Exceção em região neurovascular direita
Tremor fino em punho eq.

Grado de Lesiones: (*) ~~Leves - Graves - Gravísimas.~~
Incapacidad Laboral: (*) ~~(SI-NO)~~ Menor - Mayor de 30 días.
Tiempo estimativo de Curación: 3.1.06
Hubo Peligro de Vida: (*) ~~(SI-NO)~~ Afectación de Órgano: (*) ~~(SI-NO)~~ - Internado: (*) ~~(SI-NO)~~

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA


FIRMA MÉDICO

Nombre y Apellido: Santos Moreira Edad: 20 Fecha: 20/07/06 Hora: 14:00

Alcoholemia: (*) ~~(SI-NO)~~ Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Sign. a Clínicos de Ebrriedad
Aliento Etílico: (*) ~~(SI-NO)~~ - Incoordinación Motora: (*) ~~(SI-NO)~~ - Incoherencia Lengua: (*) ~~(SI-NO)~~ Se
niega Extracción: (*) ~~(SI-NO)~~

Examen Físico, Lesiones, etc.:

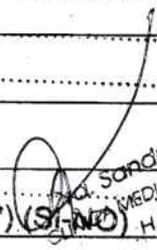
No se evidenciam lesiones
ni examen físico

~~Grado de lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas.~~
~~Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días.~~
~~Tiempo estimativo de Curación:~~
~~Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)~~

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

**ES COPIA FIEL
DEL ORIGINAL**

MARCELA BEATRIZ VERA
JEFE DIVISION DESPACHO
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE


Sandra B. Fojo
MÉDICA - M.N. 74826
H.R.R.G.

FIRMA MÉDICO

Nombre y Apellido: Gonzalez Eduardo Edad: 18 Fecha: 20/7/04 Hora: 11:00
 Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Ebriedad
 Aliento Etilico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO) Se
 niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.: NO se evidencian lesiones

Examen Neurológico

*Dra. Sandra B. Fojo
 CLINICA MEDICA - M.N. 74826
 H.R.R.G.*

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas -
 Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días -
 Tiempo estimativo de Curación:
 Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

FIRMA MÉDICO

Nombre y Apellido: Sanjurjo Edad: 17 Fecha: 20.07.06 Hora: 15:00
 Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Ebriedad
 Aliento Etilico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO) Se
 niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.: Examen completo por parte de la enfermera - No se evidencian golpes ni lesiones - No se evidencian lesiones en miembros superiores de la cabeza - No se evidencian lesiones

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas -
 Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días -
 Tiempo estimativo de Curación:
 Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

MARCELA ZAZVERA
 DE DIVISION DE NEUROLOGIA
 HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

*Dr. Oscar Jaime Moreno
 NEUROCIRUJANO
 M.M. 960*

FIRMA MÉDICO



Nombre y Apellido: Christian Truot Tabar Edad: 24 Fecha: 20.07.06 Hora: 17:00

Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Ebriedad
Aliento Etílico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO) - Se
niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.: Es todo por Polio - no
tiene signos de alcoholismo ni signos
clínicos de ebriedad - no presenta
examen físico por motivo de estar
sufriendo de subtrauma de - no
tiene lesiones

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas -
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días -
Tiempo estimativo de Curación:
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

Dr. Oscar Jaime Moreno
NEUROCIRUJANO
M.N. 42559 M.P. M.M. 960

FIRMA MÉDICO

Nombre y Apellido: Juan Daniel Vera Cardenas Edad: 27 Fecha: 20.07.06 Hora: 16:00

Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Ebriedad
Aliento Etílico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO) - Se
niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.: Es todo por Polio
no tiene signos de alcoholismo ni
signos clínicos de ebriedad - no
presenta lesiones

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas -
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días -
Tiempo estimativo de Curación:
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

**ES COPIA FIEL
DEL ORIGINAL**

MARCELA CEA TRUJILLO VERA
JEFE DIVISION DESPACHO
HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE

Dr. Oscar Jaime Moreno
NEUROCIRUJANO
M.N. 42559 M.P. M.M. 960

FIRMA MÉDICO

Nombre y Apellido: Guillermo Volante Edad: 26 años Fecha: 20/07/06 Hora: 13:00
Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Ebriedad:
Aliento Etilico: (*) (SI-NO) Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) Incoherencia en el lenguaje: (*) (SI-NO)
n.º de Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.: Presenta Hematomas
periorbitales, derecha - Hematoma en
labio y comisura labial - 2 p y
escarificadas a cuello - Hematoma en
apoye y entalleo - 2 p y mano - 2 p
Hemato en la te de la piel por derecha -

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas: -
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días: -
Tiempo estimativo de Curación: Según evolución
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

[Handwritten signature]
FIRMA MÉDICO

Nombre y Apellido: Victor Estigarribia Edad: 17 Fecha: 21.07.06 Hora: 11:45
Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Ebriedad:
Aliento Etilico: (*) (SI-NO) Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) Incoherencia en el lenguaje: (*) (SI-NO)
n.º de Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.: En estado espantado por haber
noche de alcohol - no signos
clínicos de ebriedad - no presenta
lesiones

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas: -
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días: -
Tiempo estimativo de Curación: -
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

COPIA FIEL
ORIGINAL

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

[Handwritten signature]
Dr. Oscar Jaime Moreno
NEUROCIRUJANO
M.N. 42959 M.P.M.M. 960
FIRMA MÉDICO

09

Nombre y Apellido: Lara Diaz Edad: 15 Fecha: 21.01.06 Hora: 02
 Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos: Se
 Aliento Etílico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO) - Ebbriedad: Se
 niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.:
En todo por parte
no se observó lesión
ni signos clínicos de
lesión - no presenta
lesión

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas.
 Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días.
 Tiempo estimativo de Curación:
 Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA


 Dr. Oscar Jaime Moreno
 NEUROCIRUJANO
 M.N. 42559 M.P. W.M. 260
 FIRMA MÉDICO

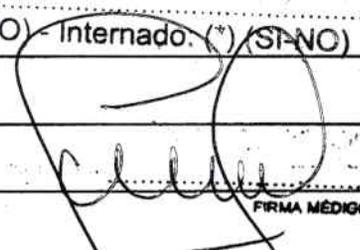
Nombre y Apellido: Menzies, Lucas Edad: 22 años Fecha: 21/02/06 Hora: 06,15
 Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos: Se
 Aliento Etílico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO) - Ebbriedad: Se
 niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.: No presenta lesiones físicas

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas.
 Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días.
 Tiempo estimativo de Curación:
 Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA
ES COPIA FIEL
DEL ORIGINAL

SECRETARÍA DE SALUD
 DIVISION DESPACHO
 HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE


 FIRMA MÉDICO

Nombre y Apellido: Beltrán Costen Edad: 23 años Fecha: 21/07/06 Hora: 06:00

Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Intoxicación: Sí No

Aliento Etilico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO) Sí No

niega Extracción: (*) (SI-NO) Sí No

Examen Físico, Lesiones, etc.: No se presen lesiones físicas

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravisimas.-

Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días.-

Tiempo estimativo de Curación:

Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

[Handwritten signature]
FIRMA MÉDICO

Nombre y Apellido: Georgeta Luciana Acea Edad: 40 años Fecha: 21/09/06 Hora: 06:00

Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Intoxicación: Sí No

Aliento Etilico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia Lenguaje: (*) (SI-NO) Sí No

niega Extracción: (*) (SI-NO) Sí No

Examen Físico, Lesiones, etc.: No presen lesiones físicas

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravisimas.-

Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días.-

Tiempo estimativo de Curación:

Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

MARCELA EVARISTO VERA
JEFE DIVISION DESPACHO
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

[Handwritten signature]
FIRMA MÉDICO

Nombre y Apellido: Beltrán, Nicolás Edad: 17 años Fecha: 20/08/06 Hora: 06:30

Alcoholemia: (*) SI- NO Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Ebriedad: Aliento Etilico: (*) SI- NO - Incoordinación Motora: (*) SI- NO - Incoherencia Lenguaje: (*) SI- NO Se niega Extracción: (*) SI- NO

Examen Físico, Lesiones, etc.: En tórax en regiones torácicas anteriores -

- Escarificadas en ambas axilas

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas.-
Incapacidad Laboral: (*) SI- NO Menor - Mayor de 30 días.-
Tiempo estimativo de Curación: seg. evolución
Hubo Peligro de Vida: (*) SI- NO Afectación de Órgano: (*) SI- NO Internado: (*) SI- NO

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

[Handwritten signature]
FIRMA MÉDICO

Nombre y Apellido: Beltrán, Pablo Edad: 19 años Fecha: 21/07/06 Hora: 06:45

Alcoholemia: (*) SI- NO Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Ebriedad: Aliento Etilico: (*) SI- NO - Incoordinación Motora: (*) SI- NO - Incoherencia Lenguaje: (*) SI- NO Se niega Extracción: (*) SI- NO

Examen Físico, Lesiones, etc.: No presento lesiones físicas

[Handwritten signature]
FIRMA MÉDICO

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas.-
Incapacidad Laboral: (*) SI- NO Menor - Mayor de 30 días.-
Tiempo estimativo de Curación:
Hubo Peligro de Vida: (*) SI- NO Afectación de Órgano: (*) SI- NO Internado: (*) SI- NO

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

[Handwritten signature]
FIRMA MÉDICO

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Nombre y Apellido: Alvarez Emanuel Roberto Edad: 40 años Fecha: 21/07/06 Hora: 06:30
 Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Ebriedad
 Alimento Etílico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia: (*) (SI-NO) Se
 niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.: En tórax en cuello

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas -
 Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días -
 Tiempo estimativo de Curación: seg evaluación
 Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

[Handwritten signature]

FIRMA MÉDICO

Nombre y Apellido: Navas Gustavo Eduardo Pérez Edad: 40 años Fecha: 21/07/06 Hora: 06:30
 Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurrencia: (Vía Pública - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Ebriedad
 Alimento Etílico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia: (*) (SI-NO) Se
 niega Extracción: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.: En tórax pulmon. Escarificadas neg
frontal - In tórax en cuello
Escarificadas en cuello neg

ES COPIA FIEL
 DEL ORIGINAL

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas -
 Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días -
 Tiempo estimativo de Curación: seg evaluación
 Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

MARCELO BETTIZ VERA
 JEFE DIVISION DESPACHO
 HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

[Handwritten signature]

FIRMA MÉDICO



Nombre y Apellido: Gerardo Garcia Lopez Ocurriencia: (Via Publica - Incoordinacion de Trabajo - Domiciliario) Signos Clinicos de Edad: 65 Fecha: 11/07/06 Hora: 8

Alcoholismo: (S) SI Ocurriencia: (Via Publica - Incoordinacion de Trabajo - Domiciliario) Signos Clinicos de Edad: (S) SI

Atento: (S) SI Incoordinacion Motora: (*) (S) SI - Incoherencia Lenguaje: (*) (S) SI

Examen: (S) SI

*lesion cortical retro cuneado e
cuneos en zona frontal, lesion cortical en
area de...*

Grado de Lesiones: (S) SI Leves - Graves - Gravísimas -
Incapacidad Laboral: (S) SI Menor - Mayor de 30 días -
Tiempo estimado de Curación: (S) SI
Hubo Peligro de Vida: (S) SI Afectación de Órgano: (*) (S) SI - Internado: (*) (S) SI

[Signature]
FIRMA MEDICO

Nombre y Apellido: HARCO ONAR Edad: 42 años Fecha: 21/7/06 Hora: 09:10

Alcoholismo: (S) SI Ocurriencia: (Via Publica - Incoordinacion de Trabajo - Domiciliario) Signos Clinicos de Edad: (S) SI

Atento: (S) SI Incoordinacion Motora: (*) (S) SI - Incoherencia Lenguaje: (*) (S) SI

*lesion cortical en cara anterior de
roble izquierdo*

**ES COPIA FIEL
DEL ORIGINAL**
ARCA BEATRIZ VERA
FISIOLOGA

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas -
Incapacidad Laboral: (*) (S) SI Menor - Mayor de 30 días -
Tiempo estimado de Curación: segun estudio
Hubo Peligro de Vida: (*) (S) SI Afectación de Órgano: (*) (S) SI - Internado: (*) (S) SI

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

[Signature]
FIRMA MEDICO

Nombre y Apellido: BAUDO FLORENCEA Edad: 27 años Fecha: 21/7/06 Hora: 17:00
Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurriencia: (Via Publica - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Ebriedad
Aliento Etilico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia: (*) (SI-NO) - Se
niega Extracción: (*) (SI-NO) Signo: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.: No se observan lesiones físicas evidentes

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas.
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días.
Tiempo estimativo de Curación:
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

ARIANA BENEVICI
MEDICA
M.N. 100.447
FIRMA MEDICO

Nombre y Apellido: PABLO FABIAN PEREZ GARAYO Edad: 33 años Fecha: 21/7/06 Hora: 17:00
Alcoholemia: (*) (SI-NO) Ocurriencia: (Via Publica - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Ebriedad
Aliento Etilico: (*) (SI-NO) - Incoordinación Motora: (*) (SI-NO) - Incoherencia: (*) (SI-NO) - Se
niega Extracción: (*) (SI-NO) Signo: (*) (SI-NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.: No se observan lesiones físicas evidentes

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas.
Incapacidad Laboral: (*) (SI-NO) Menor - Mayor de 30 días.
Tiempo estimativo de Curación:
Hubo Peligro de Vida: (*) (SI-NO) Afectación de Órgano: (*) (SI-NO) - Internado: (*) (SI-NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

ARIANA BENEVICI
MEDICA
M.N. 100.447
FIRMA MEDICO

ES COPIA FIEL
DEL ORIGINAL

MARCELO MARQUEZ VERA
JEFE DIVISION DESPACHO
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE



263

Nombre y Apellido: Hercules Machado Edad: 16 Fecha: 21/01/06 Hora: 12:30
 Alcoholismo: (*) (SI) (NO) Ocurriencia: (Via Pùblica - de Trabajo - Domiciliario) Signos Clínicos de Ebriedad
 Aliento Estéico: (*) (SI) (NO) Incoordinación Motora: (*) (SI) (NO) Incoherencia Lenguaje: (*) (SI) (NO) Se
 Realizó Extracción: (*) (SI) (NO)

Examen Físico, Lesiones, etc.:
No hubo signos o parámetros

Grado de Lesiones: (*) Leves - Graves - Gravísimas -
 Incapacidad Laboral: (*) (SI) (NO) Menor - Mayor de 30 días -
 Tiempo estimativo de Curación:
 Hubo Peligro de Vida: (*) (SI) (NO) Afectación de Órgano: (*) (SI) (NO) Internado: (*) (SI) (NO)

TACHE LO QUE NO CORRESPONDA

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

[Handwritten signature]

FIRMA MEDICO

MARCELO VENTURA VERA
 JEFE DIVISION DESPACHO
 HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO: *Reddyrupk - de T Bddh*

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

2. FECHA *12/02/2006*

3. UNIDAD OPERATIVA

Parque TG



TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO		6. RESIDENCIA HABITUAL (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A					8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1ª Vez	10. Ult.	
		Años	Solo menores de un año Meses / Dias	M	F		1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan de Seguro Público	4. Más de uno	5. Ninguno				
DNI/L.C./E. Nº. 26.277.730	MANS, LOMES	28		X		Casera 1180				X					
DNI/L.C./E. Nº. 116.847.20488	PARSON, ...	25		X		USARAIN 451.									
DNI/L.C./E. Nº. 18.822.633	GIERER, NORBIN.	44		X		Av. Rio 171 200 A.									
DNI/L.C./E. Nº. 22.050.084	Cromeros, Norwin	15		X		TORQUIN									
DNI/L.C./E. Nº. 21.816.082	Alvarez, FORA	35		X		66									
DNI/L.C./E. Nº. 23.444.890	FLORES, ANA	31		X		66									
DNI/L.C./E. Nº. 20.701.034	Castro, ERICA	23		X		66									
DNI/L.C./E. Nº. 21.180.714	San Vito	27		X		66									
DNI/L.C./E. Nº. ...	Andalucía, Norwin	44		X		66									
DNI/L.C./E. Nº. ...	Alvarez, Norwin	44		X		66									
DNI/L.C./E. Nº. ...	Poligona, ANIBALE	47		X		66									
DNI/L.C./E. Nº. ...	Tomas, ANIBALE	40		X		66									
DNI/L.C./E. Nº. 14.444.478	Figueroa, LINA	45		X		MARI 751.									
DNI/L.C./E. Nº. 32.768.183	AMBROS, NORWIN.	19		X		66									
DNI/L.C./E. Nº. ...	Mary, SONDIA	47		X		66									
DNI/L.C./E. Nº. 51838240	AMAR, NORWIN.	70		X		66									
DNI/L.C./E. Nº. 3488887	Antez, JOHANN	18		X		66									
DNI/L.C./E. Nº. ...	Antez, ANIBALE	70		X		66									
DNI/L.C./E. Nº. ...	Antez, LINA	23		X		66									
DNI/L.C./E. Nº. ...	Vayas, CELIA	24		X		66									

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

MARCELA BEATRIZ VERA
JEFE DIVISION DE REGISTRO
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO:

Arroyave de Goyette

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

HRA

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

2. FECHA

20/04/2006

3. UNIDAD OPERATIVA

HRA

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO		6. RESIDENCIA HABITUAL (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A			8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1ª Vez	10. Ult.
		Años	Solo menores de un año	M	F		1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan o Seguro Público			
D.N.I./C./E. Nº: 81	<i>Blanco Adelle</i>	81			F		X					<i>Pat. Gubernativa</i>
D.N.I./C./E. Nº: 22	<i>Quadrini Gabriela</i>	22			F							<i>Emb. Ducesio F. del.</i>
D.N.I./C./E. Nº: 51	<i>Recheño Mari-</i>	51			F							<i>Amom</i>
D.N.I./C./E. Nº: 42	<i>Recheño Ana</i>	42			F	<i>RG</i>	<i>ORD 2</i>					<i>non tulpas</i>
D.N.I./C./E. Nº: 29	<i>Recheño Patricia</i>	29			F							<i>Amom. put. Gubernativa</i>
D.N.I./C./E. Nº: 30	<i>Recheño Patricia</i>	30			F							<i>Emb. b. 26 per. Gubernativa</i>
D.N.I./C./E. Nº: 22	<i>Goyade Luciano</i>	22			M	<i>RG</i>	<i>ORD 2</i>					<i>Embarcacion</i>
D.N.I./C./E. Nº: 24	<i>Recheño Alberto</i>	24			M							<i>Emb. b. 52 per. Emb. b. Goyette</i>
D.N.I./C./E. Nº: 21	<i>Recheño Roberto</i>	21			M	<i>ULF 152 x 1</i>						<i>Emb. b. 302 - RG put.</i>
D.N.I./C./E. Nº: 22	<i>Vallejos Patricia</i>	22			F							<i>Abusos en línea put.</i>
D.N.I./C./E. Nº: 20	<i>Apuleto Mario</i>	20			M	<i>RG</i>	<i>ORD 2</i>					<i>25 73 Sem. V. del P. del.</i>
D.N.I./C./E. Nº: 27	<i>Recheño Luciano</i>	27			M	<i>RG</i>	<i>ORD 2</i>					<i>Emb. b. 43 Sem. IU.</i>
D.N.I./C./E. Nº: 22	<i>Recheño Gabriela</i>	22			F							<i>F. del. A.</i>
D.N.I./C./E. Nº: 23	<i>Recheño Patricia</i>	23			F							<i>Emb. b. 352.</i>
D.N.I./C./E. Nº: 28	<i>Recheño Patricia</i>	28			F							<i>Emb. b. 255 per.</i>
D.N.I./C./E. Nº: 32	<i>Recheño Patricia</i>	32			F	<i>RG</i>						<i>Emb. b. 30 Sem. P. put.</i>
D.N.I./C./E. Nº: 39	<i>Recheño Patricia</i>	39			F							<i>Hipertension</i>
D.N.I./C./E. Nº: 28	<i>Recheño Patricia</i>	28			F							<i>Emb. b. 30 Sem. IU.</i>
D.N.I./C./E. Nº: 28	<i>Recheño Patricia</i>	28			F							<i>Emb. b. 30 Sem. P. put.</i>

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

MARCELA BEATRIZ VERA
JEFE DE UNIDAD DE SERVICIO

INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

APPELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO: Dr. R. Alasolo

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO
DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

2. FECHA 21 07 2006 Año 2006
3. UNIDAD OPERATIVA Centro

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	APPELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO		6. RESIDENCIA HABITUAL (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A					8. DIAGNOSTICO CAUSATIVO DE CONSULTA	9. 1ª Vez	10. Ult.
		Años	Solo menores de un año	M	F		1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan o Seguro Público	4. Más de uno	5. Ninguno			
D.N.I./C./E. Nº:	<u>Andrés Alasolo</u>	<u>31</u>			<u>M</u>	<u>RO</u>						<u>Abono de...</u>		
D.N.I./C./E. Nº:	<u>Agustina...</u>	<u>45</u>			<u>F</u>	<u>RO</u>						<u>...</u>		
D.N.I./C./E. Nº:	<u>...</u>	<u>32</u>			<u>F</u>	<u>RO</u>						<u>...</u>		
D.N.I./C./E. Nº:	<u>...</u>	<u>25</u>			<u>M</u>	<u>RO</u>						<u>...</u>		
D.N.I./C./E. Nº:	<u>...</u>	<u>23</u>			<u>M</u>	<u>RO</u>						<u>...</u>		
D.N.I./C./E. Nº:	<u>...</u>	<u>23</u>			<u>M</u>	<u>RO</u>						<u>...</u>		
D.N.I./C./E. Nº:	<u>...</u>	<u>27</u>			<u>M</u>	<u>RO</u>						<u>...</u>		
D.N.I./C./E. Nº:	<u>...</u>	<u>23</u>			<u>M</u>	<u>RO</u>						<u>...</u>		
D.N.I./C./E. Nº:	<u>...</u>	<u>27</u>			<u>M</u>	<u>RO</u>						<u>...</u>		
D.N.I./C./E. Nº:	<u>...</u>	<u>29</u>			<u>M</u>	<u>RO</u>						<u>...</u>		
D.N.I./C./E. Nº:	<u>...</u>	<u>47</u>			<u>M</u>	<u>RO</u>						<u>...</u>		
D.N.I./C./E. Nº:	<u>...</u>	<u>22</u>			<u>M</u>	<u>RO</u>						<u>...</u>		
D.N.I./C./E. Nº:	<u>...</u>	<u>22</u>			<u>M</u>	<u>RO</u>						<u>...</u>		
D.N.I./C./E. Nº:	<u>...</u>	<u>26</u>			<u>M</u>	<u>RO</u>						<u>...</u>		
D.N.I./C./E. Nº:	<u>...</u>	<u>17</u>			<u>M</u>	<u>RO</u>						<u>...</u>		
D.N.I./C./E. Nº:	<u>...</u>	<u>32</u>			<u>M</u>	<u>RO</u>						<u>...</u>		
D.N.I./C./E. Nº:	<u>...</u>	<u>17</u>			<u>M</u>	<u>RO</u>						<u>...</u>		
D.N.I./C./E. Nº:	<u>...</u>	<u>23</u>			<u>M</u>	<u>RO</u>						<u>...</u>		
D.N.I./C./E. Nº:	<u>...</u>	<u>20</u>			<u>M</u>	<u>RO</u>						<u>...</u>		
D.N.I./C./E. Nº:	<u>...</u>	<u>27</u>			<u>M</u>	<u>RO</u>						<u>...</u>		

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

MARCELA BEATRIZ VERA
JEFE DIVISION DESPACHO
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE



de Tierra del Fuego, Antártida e islas del Atlántico Sur
Argentina
RIO DE SALUD

**ESTADISTICO DE
TAS MEDICAS AMBULATORIAS**

NOMBRE DEL MEDICO: *Dr. Aldo de*

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

2. FECHA *27* / *03* / *2006*

3. UNIDAD OPERATIVA *Toreo*

APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO		6. RESIDENCIA HABITUAL (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A					8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1ª Vez	10. Ult.
	Años	Meses	M	F		1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan o Seguro Público	4. Más de uno	5. Ninguno			
<i>Bustillo</i>	<i>35</i>		<input checked="" type="checkbox"/>		<i>RG</i>						<i>Aspirar</i>		
<i>Benito</i>	<i>18</i>		<input checked="" type="checkbox"/>		<i>RG</i>						<i>Dist. Control</i>		
<i>Hernandez</i>	<i>26</i>		<input checked="" type="checkbox"/>		<i>RG</i>						<i>Em.S. 2 neu.</i>		
<i>Alvarez</i>	<i>19</i>		<input checked="" type="checkbox"/>		<i>RG</i>						<i>Reflexo de h. con</i>		
<i>Alfonso</i>	<i>23</i>		<input checked="" type="checkbox"/>		<i>RG</i>						<i>Reflexo de h. con</i>		
<i>Salas</i>	<i>24</i>		<input checked="" type="checkbox"/>		<i>RG</i>						<i>Reflexo de h. con</i>		
<i>Sanchez</i>	<i>26</i>		<input checked="" type="checkbox"/>		<i>RG</i>						<i>Un h. h. h.</i>		
<i>Ayala</i>	<i>25</i>		<input checked="" type="checkbox"/>		<i>RG</i>	<i>OBRA</i>				<i>Reintegro</i>	<i>T de parto</i>		
<i>Fariña</i>	<i>24</i>		<input checked="" type="checkbox"/>		<i>RG</i>					<i>X</i>	<i>Em.S. 2 neu. Examen S/F</i>		

**ES COPIA FIEL
DEL ORIGINAL**

MARCELA BEATRIZ VERA
JEFE DIVISION DESPACHO
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

[Signature]

INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO: *Dr. Aldo de*

Don Kruhl

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

SEVYALAMEN TO DEL LOCALIDAD DONDE SE ESTABLECIMIENTO

ACOMODACIONARIA

2. FECHA

Mes *07* Año *2006*

3. UNIDAD OPERATIVA

TOROFCA



TIPO Y N° DE DOCUMENTO	4. EDAD		5. SEXO	6. RESIDENCIA HABITUAL DEL PACIENTE (localidad, departamento, provincia, país)	7. PERTENECENCIA O ESTABLECIMIENTO ASOCIADO A			8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. N° DE REGISTRO
	Años	Solo menores de un año (Meses - días)			1. Plan de Salud Personal o familiar	2. Plan de Salud Privado	3. Plan de Seguro Público		
D.N.I./C./E. N°.	<i>35</i>		<input checked="" type="checkbox"/> M	<i>R.G.</i>				<i>Hospital Regional Río Grande</i>	
D.N.I./C./E. N°.	<i>18</i>		<input checked="" type="checkbox"/> M	<i>R.G.</i>				<i>Hospital Regional Río Grande</i>	
D.N.I./C./E. N°.	<i>20</i>		<input checked="" type="checkbox"/> M	<i>R.G.</i>				<i>Hospital Regional Río Grande</i>	
D.N.I./C./E. N°.	<i>19</i>		<input checked="" type="checkbox"/> M	<i>R.G.</i>				<i>Hospital Regional Río Grande</i>	
D.N.I./C./E. N°.	<i>23</i>		<input checked="" type="checkbox"/> M	<i>R.G.</i>				<i>Hospital Regional Río Grande</i>	
D.N.I./C./E. N°.	<i>24</i>		<input checked="" type="checkbox"/> M	<i>R.G.</i>				<i>Hospital Regional Río Grande</i>	
D.N.I./C./E. N°.	<i>26</i>		<input checked="" type="checkbox"/> M	<i>R.G.</i>				<i>Hospital Regional Río Grande</i>	
D.N.I./C./E. N°.	<i>25</i>		<input checked="" type="checkbox"/> M	<i>R.G.</i>				<i>Hospital Regional Río Grande</i>	
D.N.I./C./E. N°.	<i>24</i>		<input checked="" type="checkbox"/> M	<i>R.G.</i>				<i>Hospital Regional Río Grande</i>	
D.N.I./C./E. N°.			<input checked="" type="checkbox"/> M					<i>Hospital Regional Río Grande</i>	

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
MARCELA BEATRIZ VERA
JEFE DIVISION DESPACHO
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE



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

INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO:
CARRASCHI / VEGA

DIR. EPIDEMIOLOGIA EN INFERMERIA LOCAL (U.N.C., U.N.S., U.N.P., U.N.R., U.N.S., U.N.R.R.G.)

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO
PROYO DE JUANADA 13-1414

DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO
DR. No. CLINICA MEDICA 101232

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
DR. No. CLINICA MEDICA 101232

DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

2. FECHA
 Día **19** Mes **07** Año **2006**

3. UNIDAD OPERATIVA

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO			6. RESIDENCIA HABITUAL (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A				8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	
		Años	Solo menores de un año	Meses	Días	M		F	1. Otra Social	2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan o Seguro Público		4. Más de uno
D.N.I./C./I.E. Nº.	Apellido Jsuemir												
D.N.I./C./I.E. Nº.	Coty Leonor	20											HTA
D.N.I./C./I.E. Nº.	Trobia Pedro	21											fractura
D.N.I./C./I.E. Nº.	Sales Carlo	32											Quemadura
D.N.I./C./I.E. Nº.	Mendez Olivier	80											Argente
D.N.I./C./I.E. Nº.	Gomez Eduardo	33											odontologo
D.N.I./C./I.E. Nº.	Riveros Bruno	48											dent ceramico
D.N.I./C./I.E. Nº.	Ameyo Sandra	33											IT Bhrzo
D.N.I./C./I.E. Nº.	Dunk Rosa	45											dentura
D.N.I./C./I.E. Nº.	Sentora Carlos	60											v. outn
D.N.I./C./I.E. Nº.	Escudero Carlos	35											sepsis
D.N.I./C./I.E. Nº.	Soldovich Luis	30											Cefalos
D.N.I./C./I.E. Nº.	Sosa Roberto	32											HTA
D.N.I./C./I.E. Nº.	Aldelife Conrado												HTA
D.N.I./C./I.E. Nº.	Bonvicino Hermano	58											HTA
D.N.I./C./I.E. Nº.	Urso Jorge	54											HTA
D.N.I./C./I.E. Nº.	Jimenez Diego	27											HTA
D.N.I./C./I.E. Nº.	Savides Walter												HTA
D.N.I./C./I.E. Nº.	Cuarez Monte	40											HTA
D.N.I./C./I.E. Nº.	Venane Verónica	26											HTA

A.C.T.C.F.



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

DR. EDGAR AZZAROVIC
 ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 CLINICA DE ESPECIALIDAD - 103335 - TOLHUIN

IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO:

CARRASCA / VEGA

2. FECHA: Día 19 Mes 07 Año 2006

3. UNIDAD OPERATIVA

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO			6. RESIDENCIA HABITUAL DEL PACIENTE (Localidad, Departamento, Provincia, País)			7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A					8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1ª Vez	10. U.I.L.	
		Años	Meses	Días	M	F	1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan o Seguro Público	4. Más de uno	5. Ninguno							
D.N.I./C./I.E. Nº:	Flores Verones	46																
D.N.I./C./I.E. Nº:	Oyarzun Mizual	40																
D.N.I./C./I.E. Nº:	Carreras Jael	28																
D.N.I./C./I.E. Nº:	Tober Costan	24																
D.N.I./C./I.E. Nº:	Queneno Maria	20																
D.N.I./C./I.E. Nº:	Margaret Mary	43																
D.N.I./C./I.E. Nº:	Rosy Hamed																	
D.N.I./C./I.E. Nº:	Fernandez Diana	53																
D.N.I./C./I.E. Nº:	Lanús Julia	46																
D.N.I./C./I.E. Nº:	Cerda Fernando	26																
D.N.I./C./I.E. Nº:	Jenway Elena	53																
D.N.I./C./I.E. Nº:	Bernardo Roberto	30																
D.N.I./C./I.E. Nº:	Alvarezdo Miguel	54																
D.N.I./C./I.E. Nº:	Mansueto Gilroy	27																
D.N.I./C./I.E. Nº:	Munich juve	19																
D.N.I./C./I.E. Nº:	Moran Berth	61																
D.N.I./C./I.E. Nº:	Espero Oshan	22																
D.N.I./C./I.E. Nº:	Velas Pedro	46																
D.N.I./C./I.E. Nº:	Monsalve Fran	17																
D.N.I./C./I.E. Nº:	Cuyi Glos	19																

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
 MARCELYN ESANTIZAVERA
 JEFE DE UNION DESPACHO
 HOSPITAL REGIONAL NO GRANDE

**INFORME ESTADISTICO DE
CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS**

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO:
CARRASCHI VEGA

DR. RICARDO ADRIAN VEGA
C.E. EN INFECCIONES
140335 ARG

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO
DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

2. FECHA
Día Mes Año
19 07 2006

3. UNIDAD OPERATIVA



TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD			5. SEXO			6. RESIDENCIA HABITUAL (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A					8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1ª Vez	10. Utl.
		Años	Meses	Días	Solo menores de un año	M	F		1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan o Seguro Público	4. Más de uno	5. Ninguno			
D.N.I./C.A.E. Nº:	Escobes Juan															
D.N.I./C.A.E. Nº:	Velazquez María															
D.N.I./C.A.E. Nº:	Quiroga Manuel															
D.N.I./C.A.E. Nº:	Castro Sabar															
D.N.I./C.A.E. Nº:	Quevedo Tubery	43														
D.N.I./C.A.E. Nº:	Perez Daniel	54														
D.N.I./C.A.E. Nº:	Bustamante María	55														
D.N.I./C.A.E. Nº:	Carrara Rom	17														
D.N.I./C.A.E. Nº:	Helenk de Szt	17														
D.N.I./C.A.E. Nº:	Velazquez Gabriela	50														
D.N.I./C.A.E. Nº:	Prother, Jorge	49														
D.N.I./C.A.E. Nº:	Gaywender Wanda	23														
D.N.I./C.A.E. Nº:	Escobar Carlene	26														
D.N.I./C.A.E. Nº:	Cardena f	25														
D.N.I./C.A.E. Nº:	Torrel Gabo	25														
D.N.I./C.A.E. Nº:	Pere del Maris	50														
D.N.I./C.A.E. Nº:																
D.N.I./C.A.E. Nº:																
D.N.I./C.A.E. Nº:																
D.N.I./C.A.E. Nº:																
D.N.I./C.A.E. Nº:																
D.N.I./C.A.E. Nº:																
D.N.I./C.A.E. Nº:																
D.N.I./C.A.E. Nº:																

**ES COPIA FIEL
DEL ORIGINAL**
MARCELA BEATRIZ VERA
JEFE DE SECTOR DE SECCION
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO: Roberto Casarín

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

2. FECHA

17 de Mayo del Año 2006

3. UNIDAD OPERATIVA

TIPO Y N° DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO		6. RESIDENCIA HABITUAL DEL PACIENTE (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A				8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1° Ve	10. Ult.
		Años	Solo menores de un año Meses Dias	M	F		1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan o Seguro Público	4. Más de uno de uno			
D.N.I./C./I.E. N°:	U. Hospital Oxera	32				de	<input checked="" type="checkbox"/>				* F. Angina		
D.N.I./C./I.E. N°:	Pem Junco	50				de	<input checked="" type="checkbox"/>				de Mal		
D.N.I./C./I.E. N°:	DE TEJERINO	51				de	<input checked="" type="checkbox"/>				de Ang		
D.N.I./C./I.E. N°:	ANO TOMA	53				de	<input checked="" type="checkbox"/>				de Tomoselo		
D.N.I./C./I.E. N°:	BELOTTI NORA	42				de	<input checked="" type="checkbox"/>				de Angina		
D.N.I./C./I.E. N°:	MELILLAN MARIA	29			X	de		<input checked="" type="checkbox"/>			de Angina		
D.N.I./C./I.E. N°:	ALBERTA LIZ.	17			X	de		<input checked="" type="checkbox"/>			de Angina		
D.N.I./C./I.E. N°:	OSCAR MARTINEZ	56			X	de		<input checked="" type="checkbox"/>			de Angina		
D.N.I./C./I.E. N°:	ADRIANA OLIVERA	43			X	de					de Angina		
D.N.I./C./I.E. N°:	ELIANA JEROME	24			X	de					de Angina		
D.N.I./C./I.E. N°:	ANSELMO RUBENO	53				de					de Angina		
D.N.I./C./I.E. N°:	GARCIA RAFAEL	32				de					de Angina		
D.N.I./C./I.E. N°:	CHINGO MIGUEL	32				de					de Angina		
D.N.I./C./I.E. N°:	MURPHY ANTONIO	65				de					de Angina		
D.N.I./C./I.E. N°:	VILLANOVAS	55				de					de Angina		
D.N.I./C./I.E. N°:	PEREZ NORA	17				de					de Angina		
D.N.I./C./I.E. N°:	AGUIAR NORA	27				de					de Angina		
D.N.I./C./I.E. N°:	THOMAS DANIEL	20				de					de Angina		
D.N.I./C./I.E. N°:	TOMINI ANA	24				de					de Angina		
D.N.I./C./I.E. N°:	VERA SERO	71				de					de Angina		

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO: Morán

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO: 12209

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

2. FECHA

15 de Agosto

3. UNIDAD OPERATIVA

San

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO		6. RESIDENCIA HABITUAL (Localidad, Departamento, Provincia, País)			7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A				8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1ª Vez	10. Utl.		
		Años	Solo menores de un año	M	F	1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan o Seguro Público	4. Más de uno	5. Ninguno							
D.N.I./C./E. Nº:	<u>Rubio, María Lorete</u>																
D.N.I./C./E. Nº:	<u>Witkowski, Lidia</u>																
D.N.I./C./E. Nº:	<u>Wittmann, Juan</u>																
D.N.I./C./E. Nº:	<u>Serrano Pacheco, Ruth</u>																
D.N.I./C./E. Nº:	<u>Luján Ramírez, María</u>																
D.N.I./C./E. Nº:	<u>Consejo, Ana</u>																
D.N.I./C./E. Nº:	<u>Sancho, María</u>																
D.N.I./C./E. Nº:	<u>Aguiar, Ana</u>																
D.N.I./C./E. Nº:	<u>Andueza, Ana</u>																
D.N.I./C./E. Nº:	<u>Ave, Beatriz</u>																
D.N.I./C./E. Nº:	<u>Bustos, Ana</u>																
D.N.I./C./E. Nº:	<u>Bon, Ana</u>																
D.N.I./C./E. Nº:	<u>Bojardo, Ana</u>																
D.N.I./C./E. Nº:	<u>Diabari, Lidia</u>																
D.N.I./C./E. Nº:	<u>Ortiz, Ana</u>																
D.N.I./C./E. Nº:	<u>Villal, Lidia</u>																
D.N.I./C./E. Nº:	<u>Sepino, Felisa</u>																
D.N.I./C./E. Nº:	<u>Novato, Ana</u>																
D.N.I./C./E. Nº:	<u>Arribas, Lidia</u>																
D.N.I./C./E. Nº:	<u>San Juan, Lidia</u>																

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

MAFCEM BEMT
SECRETARIA DE DESPACHO
SECRETARIA DE DESPACHO
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO:

Maria MORA

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

1822RG

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

2. FECHA

23 de Mayo

3. UNIDAD OPERATIVA

Guadua

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	4. EDAD		5. SEXO		6. RESIDENCIA HABITUAL (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTAA SOCIALIZADO A					8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1ª Vez	10. Uil.
	Años	Meses	Días	M		F	1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan o Seguro Publico	4. Más de uno			
D.N.I./C./L.E. Nº.	Elander Sola	35									epilepsia - Tor.	-	
D.N.I./C./L.E. Nº.	Alore Sola	33									Brucelosis	-	
D.N.I./C./L.E. Nº.	Isabel Claudia	36									Centrop. de la división	-	
D.N.I./C./L.E. Nº.	Vivir Juan	17									Centrop. de la división	-	
D.N.I./C./L.E. Nº.	Natalia	17									Centrop. de la división	-	
D.N.I./C./L.E. Nº.	Tobias	17									Centrop. de la división	-	
D.N.I./C./L.E. Nº.	Peter Larra	17									Centrop. de la división	-	
D.N.I./C./L.E. Nº.	Vivir Farra	17									Centrop. de la división	-	
D.N.I./C./L.E. Nº.	Barra Sebastian	17									Centrop. de la división	-	
D.N.I./C./L.E. Nº.	Nora Loren	17									Centrop. de la división	-	
D.N.I./C./L.E. Nº.	Vera Sarden	17									Centrop. de la división	-	
D.N.I./C./L.E. Nº.	Nazario Gustavo	30									Centrop. de la división	-	
D.N.I./C./L.E. Nº.	Origen Nelson	24									Centrop. de la división	-	
D.N.I./C./L.E. Nº.	Tristán	17									Centrop. de la división	-	
D.N.I./C./L.E. Nº.	Concepción	17									Centrop. de la división	-	
D.N.I./C./L.E. Nº.	Concepción	17									Centrop. de la división	-	
D.N.I./C./L.E. Nº.	Agul Lujan	17									Centrop. de la división	-	
D.N.I./C./L.E. Nº.	Ruiz Marie	17									Centrop. de la división	-	
D.N.I./C./L.E. Nº.	Alfonso	17									Centrop. de la división	-	
D.N.I./C./L.E. Nº.	Bilbao	17									Centrop. de la división	-	
D.N.I./C./L.E. Nº.	Isabel	17									Centrop. de la división	-	
-C./L.E. Nº.													

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

MARCELA BEATRIZ VERA
 JEF. DIVISION DESPACHO
 HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO: Dra. Moreno

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO H 2 A 6

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

2. FECHA 20 07 2008

3. UNIDAD OPERATIVA Gerencia

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO			RESIDENCIA HABITUAL (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A			8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1ª Vez	10. Uti.
		Años	Solo menores de un año Meses	M	F	1. Otra Social		2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan o Seguro Público	4. Más de uno			
D.N.I./C.L.E. Nº.	Shivelli, Jorge	35		X			arb -				Cent. Policial	X	
D.N.I./C.L.E. Nº.	Potius, Sabela	29		X			Bo	Onecoc			Farmacología	X	
D.N.I./C.L.E. Nº.	Greenon, Ruben	43		X			Mo	DIF. de Caja			reumatismo de mano derecha	X	
D.N.I./C.L.E. Nº.	Cooney, Elia	23		X			mb	DST			reumatismo de cadera	X	
D.N.I./C.L.E. Nº.	Condob, De	41		X			mb	SPAUSS			pie puercos	X	
D.N.I./C.L.E. Nº.	Solis, Predtano	27		X			mb				Cent. Policial	X	
D.N.I./C.L.E. Nº.	Gwynon, Valerio	26		X			mb				Cent. Policial	X	
D.N.I./C.L.E. Nº.	Andronani, Patricia	37		X			mb	Onecoc			Cent. Policial	X	
D.N.I./C.L.E. Nº.	Correia,												
D.N.I./C.L.E. Nº.	Traval, Valde	62		X							HTA	X	
D.N.I./C.L.E. Nº.	Gil, Rafael	55		X				OSP.P.			Producción	X	
D.N.I./C.L.E. Nº.	Ulso, Fernando	49		X			Ab	SPAUSS			Producción	X	
D.N.I./C.L.E. Nº.	Pavans, Luis	35		X			mb	SPAUSS			Producción	X	
D.N.I./C.L.E. Nº.	Adencio, Abelardo	74		X			Ab.				Producción	X	
D.N.I./C.L.E. Nº.	Mayo, Esteban	44		X			RG				Producción	X	
D.N.I./C.L.E. Nº.	Andrade, Fabiano	24		X			mb				Producción	X	
D.N.I./C.L.E. Nº.	Chavez, Camara	38		X			mb				Producción	X	
D.N.I./C.L.E. Nº.	Fernandez, Marcela	22		X			mb				Producción	X	
D.N.I./C.L.E. Nº.	Condoso, Isbel	45		X			Bo				Producción	X	
D.N.I./C.L.E. Nº.	Pavans, Gustavo	45		X			mb				Producción	X	

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

MARCELA BEATO VERA
JEFE INSIDESTADISTICO
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE



INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO: Dr. Nune / Dra Morán

IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO H 12 R 6

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

2. FECHA 20 de Julio 2006 Año 2006 3. UNIDAD OPERATIVA averdie



TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO		6. RESIDENCIA HABITUAL (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A				8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1º Vez	10. Uff.	
		Años	Meses	Días	M		F	1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan o Seguro Público				4. Más de uno
D.N.I./C./L.E. Nº:	Foliani, Nena	25												
D.N.I./C./L.E. Nº:	Torres, Concha	25			X									
D.N.I./C./L.E. Nº:	Scato, Gerardo	20												
D.N.I./C./L.E. Nº:	Caceres, Jania	25			X									
D.N.I./C./L.E. Nº:	Saunte, Diana	27			X									
D.N.I./C./L.E. Nº:	Bungeo, Natalia	38			X									
D.N.I./C./L.E. Nº:	Nuñe, Misael	13			X									
D.N.I./C./L.E. Nº:	Perez, Maria	61												
D.N.I./C./L.E. Nº:	Chadil Hernandez, Emma													
D.N.I./C./L.E. Nº:	Menyano, Mirta	53												
D.N.I./C./L.E. Nº:	Esterens, Estela													
D.N.I./C./L.E. Nº:	Vilhoi, Roman													
D.N.I./C./L.E. Nº:	Djermis, Juan Carlos													
D.N.I./C./L.E. Nº:	A. Gualberto													
D.N.I./C./L.E. Nº:														
D.N.I./C./L.E. Nº:														
D.N.I./C./L.E. Nº:														
D.N.I./C./L.E. Nº:														
D.N.I./C./L.E. Nº:														
D.N.I./C./L.E. Nº:														
D.N.I./C./L.E. Nº:														
D.N.I./C./L.E. Nº:														
D.N.I./C./L.E. Nº:														
D.N.I./C./L.E. Nº:														

ES COPIA FIENE DEL ORIGINAL

INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO: Dr. Horacio Sra. Noe

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE: Dr. Horacio Sra. Noe

2. FECHA 20 07 2006 Año 2006 Mes 07 Día 20

3. UNIDAD OPERATIVA General de

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO HRP 6

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

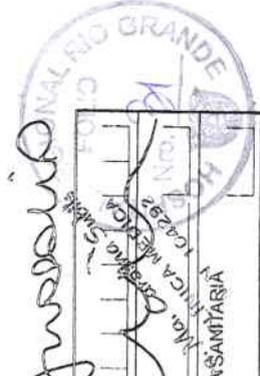
DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA



TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO		6. RESIDENCIA HABITUAL (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A					8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1ª Vez	10. Ult.
		Años	Solo menores de un año	M	F		1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan o Seguro Público	4. Más de uno	5. Ninguno			
D.N.I./C./L.E. Nº:	<u>Willanuel, Pascual So</u>					<u>mb.</u>						<u>cefalea</u>	<u>X</u>	
D.N.I./C./L.E. Nº:	<u>Hente, Hugo.</u>	<u>42</u>		<u>X</u>		<u>mb.</u>	<u>pel</u>					<u>distonias</u>	<u>X</u>	
D.N.I./C./L.E. Nº:	<u>Solado, Jose</u>	<u>60</u>		<u>X</u>		<u>mb.</u>	<u>OS Pacion</u>					<u>Quemadura en mano derecha</u>	<u>X</u>	
D.N.I./C./L.E. Nº:	<u>Ovondo, Amle.</u>	<u>28</u>		<u>F</u>		<u>mb.</u>	<u>PROTE</u>					<u>Polio subaguda</u>	<u>X</u>	
D.N.I./C./L.E. Nº:	<u>Reuiner, Rosa</u>	<u>50</u>		<u>F</u>		<u>mb.</u>	<u>Dpt: Ra Caja</u>					<u>Trastorno de ansiedad</u>	<u>X</u>	
D.N.I./C./L.E. Nº:	<u>Montes, Dora</u>	<u>22</u>		<u>F</u>		<u>mb.</u>	<u>Diego exocean</u>					<u>Cent. Policial</u>	<u>X</u>	
D.N.I./C./L.E. Nº:	<u>Melhan, Constan</u>	<u>23</u>		<u>X</u>		<u>mb.</u>						<u>Cent. Policial</u>	<u>X</u>	
D.N.I./C./L.E. Nº:	<u>Quinteros Natalia</u>	<u>24</u>		<u>F</u>		<u>mb.</u>						<u>Cent. Policial</u>	<u>X</u>	
D.N.I./C./L.E. Nº:	<u>Alfonso, Piedad</u>	<u>10</u>		<u>F</u>		<u>mb.</u>						<u>Cent. Policial</u>	<u>X</u>	
D.N.I./C./L.E. Nº:	<u>Suhoney, Eusebio</u>	<u>10</u>		<u>F</u>		<u>mb.</u>						<u>Cent. Policial</u>	<u>X</u>	
D.N.I./C./L.E. Nº:	<u>Alba, Pablo</u>	<u>19</u>		<u>F</u>		<u>mb.</u>						<u>Cent. Policial</u>	<u>X</u>	
D.N.I./C./L.E. Nº:	<u>Varot, Constan</u>	<u>19</u>		<u>F</u>		<u>mb.</u>						<u>Cent. Policial</u>	<u>X</u>	
D.N.I./C./L.E. Nº:	<u>Costa, Virgilio</u>	<u>23</u>		<u>X</u>		<u>mb.</u>	<u>Centrain Salud</u>					<u>Fla productiva</u>	<u>X</u>	
D.N.I./C./L.E. Nº:														
D.N.I./C./L.E. Nº:														
D.N.I./C./L.E. Nº:														
D.N.I./C./L.E. Nº:														
D.N.I./C./L.E. Nº:														
D.N.I./C./L.E. Nº:														
D.N.I./C./L.E. Nº:														
D.N.I./C./L.E. Nº:														
D.N.I./C./L.E. Nº:														
D.N.I./C./L.E. Nº:														
D.N.I./C./L.E. Nº:														
D.N.I./C./L.E. Nº:														

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
[Signature]
MARCELA BEATRIZ VERA
Jefe de Registro y Estadística
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE



ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA (MCG) MARCELA REYES VERA

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO
 DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
 DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

2. FECHA: 07/07/2004
 3. UNIDAD OPERATIVA: Coed. 2

13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
 Republica Argentina
 MINISTERIO DE SALUD
INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS
 APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO: Romero / Benitucci

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO		6. RESIDENCIA HABITUAL (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A					8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1ª Vez	10. Ult.	
		Años	Solo menores de un año Meses	M	F		1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan o Seguro Público	4. Más de uno	5. Ninguno				
D.N.I./C./E. Nº:	Barrera Juanes	28			✓	RC									
D.N.I./C./E. Nº:	Aldonizio Alecio	72			✓	RC									
D.N.I./C./E. Nº:	Uyeno Abrahamo	76		✓		RC									
D.N.I./C./E. Nº:	Roberto Ulises	70			✓	RC									
D.N.I./C./E. Nº:	Vergara Costo	59			✓	RC									
D.N.I./C./E. Nº:	Roberto Luis	46			✓	RC									
D.N.I./C./E. Nº:	Alberdi Marco	63			✓	RC									
D.N.I./C./E. Nº:	Sampedro Nilda	51			✓	RC									
D.N.I./C./E. Nº:	Roberto San Juan	35			✓	RC									
D.N.I./C./E. Nº:	Frazebel Oscar	53			✓	RC									
D.N.I./C./E. Nº:	Rios Albs	41			✓	RC									
D.N.I./C./E. Nº:	Lernese Oscar	45			✓	RC									
D.N.I./C./E. Nº:	Lente Romina	23			✓	RC									
D.N.I./C./E. Nº:	Bentor Espirazo	47			✓	RC									
D.N.I./C./E. Nº:	Andrés Jemel	20			✓	RC									
D.N.I./C./E. Nº:	Wilson Ángel	33			✓	RC									
D.N.I./C./E. Nº:	Roberto Velasco	58			✓	RC									
D.N.I./C./E. Nº:	Alfonso Ezequiel	37			✓	RC									
D.N.I./C./E. Nº:	Mario Juan	13			✓	RC									
D.N.I./C./E. Nº:	Benito Alvaro	69			✓	RC									

TA = 10/70 -

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

MARCELA REYES VERA
 JEFE DE SERVICIO DE INFECCIONES
 HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

APPELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO:

Ramos / Benítez

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

2. FECHA *21* / *07* / *2000*

3. UNIDAD OPERATIVA *Gerencia*

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	4. EDAD		5. SEXO	6. RESIDENCIA HABITUAL (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A				8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1ª Vez	10. Ult.
	Años	Solo menores de un año			M	F	1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado o Mutual			
D.N.I./C./I.E. Nº:	23		✓	R6							
D.N.I./C./I.E. Nº:	60		✓	R6					<i>oemfeno</i>		
D.N.I./C./I.E. Nº:	49		✓	R6					<i>Arso de pie</i>		
D.N.I./C./I.E. Nº:	53		✓	R6					<i>Artritis de mano</i>		
D.N.I./C./I.E. Nº:	37		✓	R6					<i>Artritis</i>		
D.N.I./C./I.E. Nº:	18		✓	R6					<i>Artritis</i>		
D.N.I./C./I.E. Nº:	38		✓	R6					<i>Artritis</i>		
D.N.I./C./I.E. Nº:	42		✓	R6					<i>Artritis</i>		
D.N.I./C./I.E. Nº:	28		✓	R6					<i>Artritis</i>		
D.N.I./C./I.E. Nº:	18		✓	R6					<i>Artritis</i>		
D.N.I./C./I.E. Nº:	30		✓	R6					<i>Artritis</i>		
D.N.I./C./I.E. Nº:	39		✓	R6					<i>Artritis</i>		
D.N.I./C./I.E. Nº:	27		✓	R6					<i>Artritis</i>		
D.N.I./C./I.E. Nº:	57		✓	R6					<i>Artritis</i>		
D.N.I./C./I.E. Nº:	36		✓	R6					<i>Artritis</i>		
D.N.I./C./I.E. Nº:	22		✓	R6					<i>Artritis</i>		
D.N.I./C./I.E. Nº:	19		✓	R6					<i>Artritis</i>		
D.N.I./C./I.E. Nº:	48		✓	R6					<i>Artritis</i>		
D.N.I./C./I.E. Nº:	20		✓	R6					<i>Artritis</i>		

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

MARCELA BELUSIERA
JEFE DE SECCION PESQUERA
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE



INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

APPELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO: Rovinsky

Beutner

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

21/07/2006

2. FECHA

3. UNIDAD OPERATIVA

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO		6. RESIDENCIA HABITUAL (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A				8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1ª Vez	10. Uti.
		Años	Solo menores de un año	M	F		1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan o Seguro Publico	4. Más de uno			
D.N.I./C./E. Nº:	Guerrero Eladio	60		X		R6				X		X	
D.N.I./C./E. Nº:	Gentón Beltrón	33		X			FAUSS						X
D.N.I./C./E. Nº:	Flors Ana	42		X									
D.N.I./C./E. Nº:	Grandee Yenny	23		X			Compuers						X
D.N.I./C./E. Nº:	Battonio Ricardo	26		X			OSECAR						X
D.N.I./C./E. Nº:	Rohelando Carlos	57		X			SPAUSS						X
D.N.I./C./E. Nº:	Frantimone Santiago	60		X									X
D.N.I./C./E. Nº:	Collin Dignel	62		X			OSECAR						X
D.N.I./C./E. Nº:	Unibe Ricardo	60		X			OSECAR						X
D.N.I./C./E. Nº:	Vollime Cristian	27		X									X
D.N.I./C./E. Nº:	Pablo Fabian Ruiz	33		X									X
D.N.I./C./E. Nº:	Alfonso Ferrn	15		X									X
D.N.I./C./E. Nº:	Robinson Leandro	17		X									X
D.N.I./C./E. Nº:	Benidubos Parez	47	Julio	X			FAUSS						X
D.N.I./C./E. Nº:	Agustín Ruben	28		X			A.S.						X
D.N.I./C./E. Nº:	Alfonso Olegario	25		X			FAUSS						X
D.N.I./C./E. Nº:	Chavez Olegario	47		X			DOCTOS						X
D.N.I./C./E. Nº:	Andrés Holoprite	47		X			accidente						X
D.N.I./C./E. Nº:	Alejo Yelice	21		X			PROFE						X
D.N.I./C./E. Nº:	Pinto Ivone	69		X									X

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

MARCELA BEATRIZ VERA
JEFE DIVISION DESPACHO
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE



INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO: Dra. PATRICIA GLADYS GUERTEL

JEFE DE PEDIATRIA
 M.N. 64.528
 H.P.R.G.

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

2. FECHA 10/07/2006

3. UNIDAD OPERATIVA

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO		6. RESIDENCIA HABITUAL DEL PACIENTE (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A				8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1ª Vez	10. Ult.	
		Años	Solo menores de un año Meses	M	F		1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan o Seguro Público	4. Más de uno				5. Ninguno
Rx	Torres José	3		X									X	
	Carriolo Geronimo	3			X								X	
	Yuscelotti Gumbel	6			X								X	
	Yuscelotti Gumbel	3		X									X	
	Coderus Eze	8			X								X	
	Perez Domingo	5			X								X	
	Codina German	9			X								X	
	Romero Ebel	9			X								X	
Rx	Rivero Ayfen	10											X	
	Quintana Susana	8											X	
	Cardozo Lucas	7											X	
	Cardinal German	3											X	
	Bergano Patricia	3											X	
	Alfonso Lucio	6											X	
	Hernandez Gabriel	5											X	
	Latorca Camilo	4											X	
	Cabrera Enzo	4											X	
	Sonzalez Juanito	6											X	
	Wargas Juanita	7											X	
	Tronchetti Nelson Leonel												X	

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

MARCELAGRANDEZ VERA
 DIRECTORA DE PEDIATRIA
 HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

(2)

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

INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO:

Griebel Patricia

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

2. FECHA 19 07 2006

3. UNIDAD OPERATIVA

Nº. 3504

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO		7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A					8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1ª Vez	10. Utl.
		Años	Solo menores de un año	M	F	1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan o Seguro Público	4. Más de uno	5. Ninguno			
D.N.I./C./E. Nº:	Thomas Yenfer	10			X						Angina	X	X
D.N.I./C./E. Nº:	Thomas Yoselin	6			X						broches posum	X	X
D.N.I./C./E. Nº:	Pardo Ambrogo		5	X							Contipación	X	X
D.N.I./C./E. Nº:	Loza Abril		2								CUAS	X	X
D.N.I./C./E. Nº:	Rochiguez Comil		2								Lamigitis	X	X
D.N.I./C./E. Nº:	Nerando Cisneros		14								OMA	X	X
D.N.I./C./E. Nº:	Borriso Nario		10								Angina	X	X
D.N.I./C./E. Nº:	Diaz Claudio		9								ulcerativo	X	X
D.N.I./C./E. Nº:	Lobosmillo Jairo		1								desurio	X	X
D.N.I./C./E. Nº:	Spencer Federico		14								OMA	X	X
D.N.I./C./E. Nº:	Puente Agustin		7								TEC	X	X
D.N.I./C./E. Nº:	Alarcon Santiana		8								CUAS	X	X
D.N.I./C./E. Nº:	Crespo Patricia		9								Neuropatia	X	X
D.N.I./C./E. Nº:	Corballo Jorge		5								CUAS	X	X
D.N.I./C./E. Nº:	Venecio Luciano										oduro febril	X	X
D.N.I./C./E. Nº:	Sodoy Diego		1								Febre	X	X
D.N.I./C./E. Nº:	Bambuet Rogab		4								broncoespasmo	X	X
D.N.I./C./E. Nº:	Bambuet Roberto		3								angina	X	X
D.N.I./C./E. Nº:	Belgado Marcelo		2								OMA	X	X
D.N.I./C./E. Nº:	Pinkis Tobias		3								TEC	X	X

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

MARCELA BEATRIZ VERA
JEFE DIVISION DE ATENCION
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO:

Dra Rodriguez Teresita

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

2. FECHA

3. UNIDAD OPERATIVA

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	4. EDAD		5. SEXO	6. RESIDENCIA HABITUAL (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A				8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1ª Vez	10. Ult.
	Años	Solo menores de un año Meses			1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan o Seguro Público	4. Más de uno			
D.N.I./C./L.E. Nº:	7										
D.N.I./C./L.E. Nº:	8	7							CVAS - Sida		
D.N.I./C./L.E. Nº:	5								CVAS		
D.N.I./C./L.E. Nº:	6								Dole Arterial en		
D.N.I./C./L.E. Nº:	6								Obstaculo		
D.N.I./C./L.E. Nº:	6								CVAS - BOR leve		
D.N.I./C./L.E. Nº:	6								CVAS - Inorgual		
D.N.I./C./L.E. Nº:	14								Quemadura en cara y cuello		
D.N.I./C./L.E. Nº:	3								CVAS - Sida		
D.N.I./C./L.E. Nº:	3								Sida - CVAS		
D.N.I./C./L.E. Nº:	1								Sida - CVAS - Inorgual		
D.N.I./C./L.E. Nº:	3								Polio del hombro		
D.N.I./C./L.E. Nº:	3								Sida - CVAS		
D.N.I./C./L.E. Nº:	2								BOR		
D.N.I./C./L.E. Nº:	1								CVAS - Celofibrato		
D.N.I./C./L.E. Nº:	2								No se sabe ninguna Sida		
D.N.I./C./L.E. Nº:	4								No se sabe ninguna Sida		
D.N.I./C./L.E. Nº:	9								Dismo		
D.N.I./C./L.E. Nº:	9								Arterial		
D.N.I./C./L.E. Nº:	7								CVAS - Sida		

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

MARCELA BEATRIZ VERA
JEFE DIVISION DESPACHO
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

**INFORME ESTADISTICO DE
CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS**

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO:

Dr. Rodríguez Teste

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

2. FECHA

Día Mes Año
19 04 2006

3. UNIDAD OPERATIVA



TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO		6. RESIDENCIA HABITUAL (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A			8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1ª Vez	10. U.I.
		Años	Solo menores de un año	M	F		1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan o Seguro Público			
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>Costa Aguilera</i>	6								<i>Sialosis</i>		
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>Colma Camero</i>	3								<i>CVAS</i>		
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>Quiñones Luciano</i>	7								<i>CVAS y bronquitis</i>		
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>Yonny Poulsen</i>	3								<i>Acute</i>		
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>Juanella Landin</i>	1								<i>CVAS - bronquitis</i>		
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>Jonimo Brioso</i>	2								<i>Epitoxia</i>		
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>Quicha Torres</i>	2								<i>Conjuntivitis - OVA esp.</i>		
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>Palmarada Candelo</i>	2								<i>Tax. Sialosis - BOB</i>		
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>Palmarada Comate</i>	5								<i>Tax.</i>		
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>Quiñones Jorge</i>	1								<i>CVAS - Tax.</i>		
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>Jiménez Juanito</i>									<i>Angioma</i>		
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>More Juanito</i>									<i>CVAS y bronquitis</i>		
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>Torie Lopez</i>	10								<i>Surgimiento de cuerpo adenoide</i>		
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>Lara Jacob</i>									<i>Pneumocistis</i>		
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>Yonana Yon</i>	9								<i>Dolor Maxilar mal</i>		
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>Alvarón Juan José Luis</i>	6								<i>Conjuntivitis - OVA esp.</i>		
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>Lardonez Cristó</i>	5								<i>Sialosis - CVAS</i>		
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>Joaquín Santiago</i>	5								<i>Sialosis - CVAS</i>		
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>Aguado Gonzalo</i>	4								<i>Jugosa Adenoide</i>		
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>Villalobos Esteban</i>	13								<i>Conjuntivitis</i>		

**ES COPIA FIEL
DEL ORIGINAL**

MARCELA BEATRIZ VERA
JEFE DE SERVICIO DE DESPACHO
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

**INFORME ESTADISTICO DE
CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS**

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO:

D. Wambler

(2)

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA



2. FECHA *29 07 2006* Año *2006*

3. UNIDAD OPERATIVA

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO		6. RESIDENCIA HABITUAL (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A				8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1ª Vez	10. UII	
		Años	Solo menores de un año	M	F		1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan de Seguro Público	4. Más de uno				5. Ninguno
D.N.I./C./L.E. Nº.	ARAVENA CYNIA													
D.N.I./C./L.E. Nº.	CHICAY ALEJANDRO													
D.N.I./C./L.E. Nº.	MICHEL MIUSANO													
D.N.I./C./L.E. Nº.	MICHEL BRIZARD													
D.N.I./C./L.E. Nº.	DE CASTRO WILSON													
D.N.I./C./L.E. Nº.	CARDENAS MARCELO													
D.N.I./C./L.E. Nº.	CISNEROS CYNTHIA													
D.N.I./C./L.E. Nº.	RIOZ FRANCO													
D.N.I./C./L.E. Nº.	CEDEFRASSON DOMINICO													
D.N.I./C./L.E. Nº.	JARA LECIA													
D.N.I./C./L.E. Nº.	JARA LARA													
D.N.I./C./L.E. Nº.	SIMY NEALDO													
D.N.I./C./L.E. Nº.	CARRIZO LEANDRO													
D.N.I./C./L.E. Nº.	AGUIAR JOSE													
D.N.I./C./L.E. Nº.	TORRES FRANCO													
D.N.I./C./L.E. Nº.	TOMES JOEL													
D.N.I./C./L.E. Nº.	IBARRA Z FRANCISCO													
D.N.I./C./L.E. Nº.	RODRIGUEZ IANUO													
D.N.I./C./L.E. Nº.	TESORA MARINO													
D.N.I./C./L.E. Nº.	VIAL MAYRA													
-C./L.E.														

**ES COPIA FIEL
DEL ORIGINAL**

MARCELA BEATRIZ VERA
JEFE DE UNIDAD DESPACHO
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

OSCAR TRUJICANTIA
PEDIATRIA
M. P. 6702
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

81 TOHUIMPRESIONES



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

INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

APellido y nombre del médico:

Dr. TAMBOLEN

1

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO
DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA



2. FECHA: Día *29* Mes *07* Año *2008*
3. UNIDAD OPERATIVA

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	4. EDAD			5. SEXO		6. RESIDENCIA HABITUAL (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A				8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1ª vez	10. U.I.R.					
	Años	Meses	Días	M	F		1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado	3. Plan o Seguro Público	4. Más de uno				5. Ninguno de uno				
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>GOBEY DIEGO</i>																	
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>SANCHEZ KAREN</i>																	
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>OSADA ANA LIA</i>																	
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>BARRIAS ISABEL</i>																	
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>DIAZ ARAUCO</i>																	
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>QUIROZ BRIAN</i>																	
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>VARELA OLIVERO</i>																	
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>GIOMPARI CATERINO</i>																	
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>TORNES AGOSTINO</i>																	
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>YAROMA AGUILA</i>																	
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>CARRUBA WILIA</i>																	
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>ZONZA YESSICA</i>																	
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>TREPATI FLORELA</i>																	
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>PICHANCHO VIRGINIA X</i>																	
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>ULLON ROMAN</i>																	
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>BUSTA MATE MIKESIA</i>																	
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>ANDREA FLORELA</i>																	
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>OSADA JESUS</i>																	
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>PAGNINI APEL</i>																	
D.N.I./C.A.E. Nº.	<i>VILLAGAS MARCO</i>																	

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

DR. OSCAR TRAMONTINI
PEDIATRA
M.P. 6102
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

MARCELA BEATIZ VERA
JEFE DE DESPACHO
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE



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

INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO:

D. S. TAMONZANA

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO

APELLIDO Y NOMBRE

4. EDAD

6. RESIDENCIA HABITUAL DEL PACIENTE

3. UNIDAD OPERATIVA

7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A

5. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA

9. 1º Voz

10. Uti

5. SEXO

M F

(Localidad, Departamento, Provincia, País)

1. Otro Social

2. Plan de Salud Privado

3. Plan Seguro Público

4. Más de uno

5. Ninguno

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

OSCAR TRAMONTIN
N.º 13.452.62
SECRETARÍA
HOSPITAL REGIONAL RÍO GRANDE

MARCELA BIZARRIZ VERA
JEFE DIVISION ESPACHO
HOSPITAL REGIONAL RÍO GRANDE

Solo menores de un año

Años

Meses

Días

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

Ninguno

Diagnostico

Voz

M F

Localidad, Departamento, Provincia, País

Plan de Salud Privado o Mutual

Plan Seguro Público

Más de uno

N

**INFORME ESTADISTICO DE
 CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS**

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO:
EBERHARDT ERELO

ES UN DOCUMENTO CONFIDENCIAL

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

2. FECHA

Día Mes Año

3. UNIDAD OPERATIVA



TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO		7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A				8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1º Vez	10. UJI	
		Años	Solo menores de un año	M	F	1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan de Seguro Público	4. Más de uno				5. Ninguno
D.N.I./C./E. Nº.	DAVE GABRIEL	80			X								
D.N.I./C./E. Nº.	HERNANDEZ MAXIMILIANO	30		X									
D.N.I./C./E. Nº.	ANDRADO DIANA	60			X								
D.N.I./C./E. Nº.	MAQUINOSO EDUARDO	120		X									
D.N.I./C./E. Nº.	LEGUJE LEONARDO	40		X									
D.N.I./C./E. Nº.	LEGUJANON ROMANA	60		X									
D.N.I./C./E. Nº.	ZAMORA MARTINO	40		X									
D.N.I./C./E. Nº.	DE ORO TOMAS	10		X									
D.N.I./C./E. Nº.	PAJON VALENTINA	10		X									
D.N.I./C./E. Nº.	CONCHA YOLIANA	20		X									
D.N.I./C./E. Nº.	VELOZO LIZET	50		X									
D.N.I./C./E. Nº.	CARBONIL MARIANO	50		X									
D.N.I./C./E. Nº.	MARTINEZ WALTER	30		X									
D.N.I./C./E. Nº.	MONSALVE MARCOS	50		X									
D.N.I./C./E. Nº.	AGUILAR MARCELA	50		X									
D.N.I./C./E. Nº.	LORDO SOFIA	20		X									
D.N.I./C./E. Nº.	CANAVELO	120		X									
D.N.I./C./E. Nº.	BARBA MARCOS	10		X									
D.N.I./C./E. Nº.	BARRIA YODEN	30		X									
D.N.I./C./E. Nº.	RUIZ NIKOL	80		X									

**ES COPIA FIEL
 DEL ORIGINAL**

MARCELA VERA
 JEFE DIVISION ESTADISTICA
 HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

**INFORME ESTADISTICO DE
 CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS**

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO:

EBERHART ESTELA

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE LOCALIDAD DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

2. FECHA **20** / **04** / **2006**

3. UNIDAD OPERATIVA



TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO			6. RESIDENCIA HABITUAL (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTASOCIADO A			8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1ª Vez	10. Uil.	
		Años	Solo menores de un año Meses	M	F	1. Obra Social		2. Plan de Salud Privado o Mutual	3. Plan o Seguro Público	4. Más de uno				5. Ninguno
D.N.I./C./I.E. Nº:	AMUNEZ ALEXANDER 20					X								
D.N.I./C./I.E. Nº:	FLORES ARAN 10 años					X								
D.N.I./C./I.E. Nº:	LEZCANO JOHANN 20					X								
D.N.I./C./I.E. Nº:	MURCO WENDI 10					X								
D.N.I./C./I.E. Nº:	SOVER YAIR 20					X								
D.N.I./C./I.E. Nº:	SOVER YAKEL 20					X								
D.N.I./C./I.E. Nº:	LOPEZ JAQUELINE 20					X								
D.N.I./C./I.E. Nº:	LOPEZ ANTONELLA 6 m					X								
D.N.I./C./I.E. Nº:	BONTRENAS BELEN 130					X								
D.N.I./C./I.E. Nº:	MAGALLONES MOLANO 20					X								
D.N.I./C./I.E. Nº:	GUTIERREZ ANATE 20					X								
D.N.I./C./I.E. Nº:	LAMER IVO 10					X								
D.N.I./C./I.E. Nº:	LAMELO LEONARDO 20					X								
D.N.I./C./I.E. Nº:	CHAVEZ LEONORO 10					X								

**ES COPIA FIEL
 DEL ORIGINAL**

Marcelo Beato Vera
 MARCELO BEATO VERA
 JEFE DE SERVICIO DESPACHO
 HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO: **Ullao. Rodolfo**

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

ESTABLECIMIENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

2. FECHA **21/07/2006**

3. UNIDAD OPERATIVA

ZONA SANITARIA



TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO		6. RESIDENCIA HABITUAL (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A					8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. F. Val.	10. UR
		Años	Solo menores de un año Meses, Días	M	F		1. Otra Señal	2. Plan de Salud Privado	3. Plan de Salud Pública	4. MS de otro	5. Ninguno			
D.N.I.L.C.A.E. Nº.	Sanjohano Roberto	6										toxi	X	X
D.N.I.L.C.A.E. Nº.	Melero Roberto	7										toxi	X	X
D.N.I.L.C.A.E. Nº.	Cuevas Lucio	9										toxi	X	X
D.N.I.L.C.A.E. Nº.	Tipeneo Volantina	8										toxi	X	X
D.N.I.L.C.A.E. Nº.	Waring Ignacio	20										toxi	X	X
D.N.I.L.C.A.E. Nº.	Concha Ignacio	9										toxi	X	X
D.N.I.L.C.A.E. Nº.	Hughesman Esteban	3										toxi	X	X
D.N.I.L.C.A.E. Nº.	Stomariato Jorge	8										toxi	X	X
D.N.I.L.C.A.E. Nº.	Chilok Bernardo	3										toxi	X	X
D.N.I.L.C.A.E. Nº.	Fusini Fernando	7										toxi	X	X
D.N.I.L.C.A.E. Nº.	Ungay Roberto	2										toxi	X	X
D.N.I.L.C.A.E. Nº.	Arceles Roberto	7										toxi	X	X
D.N.I.L.C.A.E. Nº.	Nevedes Roberto	3										toxi	X	X
D.N.I.L.C.A.E. Nº.	Sanjurjo Roberto	6										toxi	X	X
D.N.I.L.C.A.E. Nº.	Sanjurjo Roberto	6										toxi	X	X
D.N.I.L.C.A.E. Nº.	Sanjurjo Roberto	5										toxi	X	X
D.N.I.L.C.A.E. Nº.	Sanjurjo Roberto	11										toxi	X	X
D.N.I.L.C.A.E. Nº.	Sanjurjo Roberto	8										toxi	X	X
D.N.I.L.C.A.E. Nº.	Sanjurjo Roberto	9										toxi	X	X

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



**INFORME ESTADISTICO DE
 CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS**

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO: Ulloa Rodolfo

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

ESTABLECIMIENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

2. FECHA 27 de 07 de 2006

3. UNIDAD OPERATIVA



TIPO Y N° DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO	6. RESIDENCIA HABITUAL DEL PACIENTE	7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A	8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. 1° Vec. UII	9. 10. UII
		Años	Solo presen-tes de un año						
D.N.I./C.I.E. N°	Ulloa Rodolfo	(4)		M	-		ICIAS	X	X
D.N.I./C.I.E. N°	Bueno Dora E.	11		F	-	Pan de Azúcar	infecto	X	X
D.N.I./C.I.E. N°	Maldonado Omar	10		M	-	SALES	infecto	X	X
D.N.I./C.I.E. N°	Quaranta Juan	18		M	-		infecto	X	X
D.N.I./C.I.E. N°	De la Cruz (Serrano)	4		M	-		infecto	X	X
D.N.I./C.I.E. N°	De la Cruz (Serrano)			M	-	UP	infecto	X	X
D.N.I./C.I.E. N°	De la Cruz (Serrano)			M	-	UP	infecto	X	X
D.N.I./C.I.E. N°	De la Cruz (Serrano)	3		M	-		infecto	X	X
D.N.I./C.I.E. N°	De la Cruz (Serrano)	8		M	-		infecto	X	X
D.N.I./C.I.E. N°	De la Cruz (Serrano)	10		M	-		infecto	X	X
D.N.I./C.I.E. N°	De la Cruz (Serrano)	7		M	-		infecto	X	X
D.N.I./C.I.E. N°	De la Cruz (Serrano)	7		M	-		infecto	X	X
D.N.I./C.I.E. N°	De la Cruz (Serrano)	7		M	-		infecto	X	X
D.N.I./C.I.E. N°	De la Cruz (Serrano)	9		F	-		infecto	X	X
D.N.I./C.I.E. N°	De la Cruz (Serrano)	11		F	-		infecto	X	X
D.N.I./C.I.E. N°	De la Cruz (Serrano)	(3)		M	-		infecto	X	X
D.N.I./C.I.E. N°	De la Cruz (Serrano)	(10)		M	-		infecto	X	X
D.N.I./C.I.E. N°	De la Cruz (Serrano)	(8)		M	-		infecto	X	X
D.N.I./C.I.E. N°	De la Cruz (Serrano)	9		F	-		infecto	X	X

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

MARCELA BENTLEY VERA
 JEFE DE UNIDAD ESPACIO
 HOSPITAL REGIONAL NO GRANDE

**INFORME ESTADISTICO DE
CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS**

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE:

Marcelo

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE CONSULTAS AMBULATORIAS

2. FECHA *21* / *04* / *06*

3. UNIDAD OPERATIVA



TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD		5. SEXO		7. PERTENENCIA O ESTABLECIMIENTO ASOCIADO					6. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	9. VIL.	
		Años	Solo menores de un año Meses	M	F	1. Obra Social	2. Plan de Salud Privado	3. Seguro Público	4. Sin Seguro	5. Hospital			
D.N.I./C.A.E. Nº:	Lombert Danilo	25		♀								Fiebre - 24	
D.N.I./C.A.E. Nº:	Centorder LERNORA	23		♀								Amigdalitis	
D.N.I./C.A.E. Nº:	Kunzevich Juan											Amigdalitis	
D.N.I./C.A.E. Nº:	Dyrozobeserina	7		♀								D. sinus	
D.N.I./C.A.E. Nº:	de donado josé	12		♀								Amigdalitis	
D.N.I./C.A.E. Nº:	Goody Neusito	14		♀								Amigdalitis	
D.N.I./C.A.E. Nº:	Ortizo Ines	2		♀								Amigdalitis	
D.N.I./C.A.E. Nº:	Roberto Wilson	2		♀								Amigdalitis	
D.N.I./C.A.E. Nº:	Roberto Wilson	2		♀								Amigdalitis	
D.N.I./C.A.E. Nº:	Imenes Esty	2		♀								Amigdalitis	
D.N.I./C.A.E. Nº:	Rudhsaetz Juliet	13		♀								Amigdalitis	
D.N.I./C.A.E. Nº:	Zopato Brice	4		♀								Amigdalitis	
D.N.I./C.A.E. Nº:	Il Lozano	10		♀								Amigdalitis	
D.N.I./C.A.E. Nº:	Chilote Claudio	3		♀								Amigdalitis	
D.N.I./C.A.E. Nº:	Corrao Karen	10		♀								Amigdalitis	
D.N.I./C.A.E. Nº:	Santana Axel			♀								Amigdalitis	
D.N.I./C.A.E. Nº:	Corco Omar	14		♀								Amigdalitis	
D.N.I./C.A.E. Nº:	Rapano Rodriguez	13		♀								Amigdalitis	
D.N.I./C.A.E. Nº:	De Nucci Marcelo			♀								Amigdalitis	

**ES COPIA FIEL
DEL ORIGINAL**

MARCELO BEATRIZ VERA
JEFE DE SERVICIO DESPACHO
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

60 orobos?



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

INFORME ESTADISTICO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO: *Caaret*

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

EMPRESA PRODUCTORA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO

2. FECHA *21* / *17* / *80*

3. UNIDAD OPERATIVA

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	4. EDAD		5. SEXO	RESIDENCIA HABITUAL DEL PACIENTE (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A					8. INGRESOS (Factores de Oportunidad)
	Años	Solo mayores de 10 años			1. Otro Social	2. Plan de Salud Privado	3. Plan Seguro Público	4. Más de un	5. Ninguno	
D.N.I./C./L.E. Nº.	Miguelo De Nurei	10	M							Sedonno
D.N.I./C./L.E. Nº.	Aguilar Gustavo		M							Asno. m. m. v.
D.N.I./C./L.E. Nº.	Luppi Danilo		M							Sme Genler
D.N.I./C./L.E. Nº.	Aguino Nahuel	17	M							Moringler
D.N.I./C./L.E. Nº.	Sigio Perez		M							Blaque. s. t. t.
D.N.I./C./L.E. Nº.	Blanco Abel	19	M							Blanco.
D.N.I./C./L.E. Nº.	Bisilve. Rocio	15	F							Amel.
D.N.I./C./L.E. Nº.	Cardenas Leo	16	M							otris
D.N.I./C./L.E. Nº.	Lavler Cesar	16	M							Moringler
D.N.I./C./L.E. Nº.	Monte Carlo	15	M							CAAS
D.N.I./C./L.E. Nº.	Colareson Martin	16	M							A. l. m. - 24h
D.N.I./C./L.E. Nº.	Godoy Briso		M							General
D.N.I./C./L.E. Nº.	Bisilve Ponce		M							crisis
D.N.I./C./L.E. Nº.	Lagos Velantoro	16	M							CAAS
D.N.I./C./L.E. Nº.	Loufaro Sando Cruz	10	M							CAAS
D.N.I./C./L.E. Nº.	Miguel Gomez	10	M							otris.
D.N.I./C./L.E. Nº.	Abigail		F							CAAS
D.N.I./C./L.E. Nº.	Sanches Sandoz	10	M							Adamo
D.N.I./C./L.E. Nº.										
D.N.I./C./L.E. Nº.										

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
MARCELA BEATEZ VERA
JEFE DE SERVICIO DE DESPACHO
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

