

PODER LEGISLATIVO



PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO
ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR
REPUBLICA ARGENTINA

PARTICULARES

Nº

022

PERIODO LEGISLATIVO 19

96

EXTRACTO SR. SANTIAGO MUERA, NOTA SOLICITANDO
UNA PENSION CARRERA -

Entró en la Sesión de:

Girado a Comisión Nº

PODER LEGISLATIVO
PRESIDENCIA

Nº 258

13/05/86

HORA 9:50

FIRMA *[Signature]*

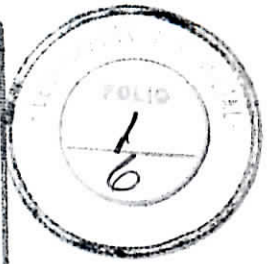
PODER LEGISLATIVO
SECRETARIA LEGISLATIVA

14-05-86

MESA DE ENTRADA

Nº 022 Hs. 10

FIRMA *[Signature]*



USHURTA, 13 de mayo de 1986

Dr.
Presidente de la
Legislatura de la Provincia
Dr. MIGUEL ANGEL CASTRO
S. E.

De mi mayor consideración:

Habría a Ud., y por su intermedio a los integrantes de cada uno de los bloques políticos de la Legislatura Provincial, con la finalidad de solicitar el cumplimiento de la situación personal, atendida a que debido a los hechos de pública concurrencia ocurridos en Buenos Aires de 1977, me encuentro con una discapacidad transitoria, que me impide realizar todo tipo de tareas, según lo indica la documentación adjunta.

Por tal motivo, considerando la gran necesidad de un mayor número de personal disponible, para tener posibilidad de subsistencia, tanto en el momento actual,

como en el futuro, y en particular, en lo que respecta a los gastos representados por el costo de mi vida.

URUCA: En el momento de haberme inscrito en el Registro de Identidad, y en virtud de mi discapacidad, solicito que se me permita el acceso a los servicios de salud.

ENCUENTRO NÚMERO
13-05-86

[Signature]

Pasa a Secretaría Legislativa y
Institutos Bloques políticos

[Signature]
13-05-86

SEEDOR DE ESTE DOCUMENTO
CUMPLE LOS 18 AÑOS, EL DIA:

Sello
Firma Jefe Of. Secc.

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

Art. 13 - Ley. 17.671.

Todas las personas de existencia visible o sus representantes legales, comprendidas en la presente Ley, están obligados a comunicar en las oficinas seccionales, consulares o que se utilicen como tales, el "cambio de domicilio", no de los treinta días de haberse producido.

Ley 17.671.

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD DE:

Apellidos (si es mujer: el de soltera)

V.V.C.R.A.
Nombre

42 N/18. 223-64/0

Sexo VARON | MUJER D.M. 5211

(tachar lo que no corresponda)



Impresión digital
derecho

Firma del interesado



PARA NATURALIZADOS ARGENTINOS

Nacido/a el 14 de junio de 1972 en Rosario de Lima.

Part. o Depto. Salta

Provincia Argentina

C. I. N°

Expédida por

DOMICILIO

Calle Montaña Salta

N° 32

Ciudad Salta

Part. o Depto. Salta

Provincia Salta

Of. Secc. Identif. 2628

Identificado el día 12/12/03

sello

Firma Jefe Of. Secc. UNIDAD REG.

Naturalizado/a el de

de 19

Certificado de ciudadanía expedido por el

Juzgado

Secretaría N°

sello

Firma

Lejos

C C 11-2-6



12-4-95 Jueves Santiago

Deog Fractura ses trocántica de cadera B&B

Paciente que sufre x geodes con dolor en potencia funcional y haide en cara externa de femur. Herida terciaria proximal sine apicis de solda (- Gama de Fuego)

De F&P. Fractura ses trocántica - Anfractuosa de material radio opaco - (Sola).
Se leectura: Tercera epifisis de ATB - 9 Kg.
ATT. ATB. DINAGORAS

Dr. GONZÁLES RODRÍGUEZ FRANCISCO
MÉDICO TRAUMATOLOGO ORTOPEDISTA
M.P. 16.419
Hospital Regional Usulután

13-4-95 OYT B&B, Afe bil, herida de la lo Tolera Fractura

14-4-95 OYT. B&B. Afe bil, sin dolor. Tolera Fractura. Contorno efes. Gran hematoma en muslo. Seane orificio de entrada de

15-4-95 OYT. Sin requisitos. Hematoma en muslo en f. Resto de Tolera Fractura

16-4-95 OYT. Buena evolución. Tolera Fractura. Mejoró hematoma en muslo. Seafortau de lo ten. Resto de

17-4-95 OYT. Bien. Tolera Fractura. Pido P&O. EIC/con Anestesiología. Suspendo ATB.

18-4-95 Dyt. Se solicita material de O.S. Fiebre postoperatoria 25/4
Tolano Pisco

DR. GONZALEZ RODRIGUEZ FRANCISCO
MEDICO TRAUMATOLOGO Y ORTOPEDISTA
M.P. 16.119
Hospital Regional Ushuaia

18/4/95 Hematología

Pr. Fractura de cadera por herida de bala + hematoma de Pecho -
Wb 5,5 Hto 176 Gb 8700 Plaf 304.000 - Asociados:
Inferno - dolor mole anterior fievre - 167 89 - P. leucocromia
P. leucocromia
P. leucocromia
P. leucocromia

Dy. Anemia por pérdida + causa hereditaria?

indicaciones 1) Transfundir 20 Gratos
2) Hemidox Ferrum x 3

material para quimioterapia

[Signature] H. Pato

19-4-95 Dyt BEG. Fue transfundido 1 vde sangre ajer T. P. de
Tusca. Conserva efectos. Resto 40

[Signature]

1/4/95 BEG. Iguals indicaciones

2/4/95 Buen estado general, sin cambios respecto a la H. P.

3/4/95 = Sin cambios

4-4 Pte sin ser operado el 25-4-95

DR. GONZALEZ RODRIGUEZ FRANCISCO
MEDICO TRAUMATOLOGO Y ORTOPEDISTA
M.P. 16.119
Hospital Regional Ushuaia

1/5/85 Paciente bien - fue de bajo en asistencia de la
de 5/5/85 con - sin - 08/5/85

30-4-77 bien sin dolor - cefalea

24-4-85 OK sin dolor - no se puede ver
Dix para en 20 años - no se puede ver

11-4-85 OK - sin dolor - no se puede ver

29-4-85 Pop a nodos - x 50x -
In color OK

26/4/85 - Paciente -
Wk 7.8.87 post operación y transfusión
requisitos
requisitos

25/4/85 25/4/85 de Paciente -
requisitos

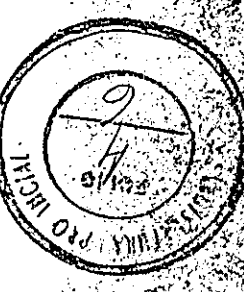
14/4/85 - Wk 8.0.87 -
requisitos

14/4/85 - Wk 8.0.87 -
requisitos

14/4/85 - Wk 8.0.87 -
requisitos

14/4/85 - Wk 8.0.87 -
requisitos

14/4/85 - Wk 8.0.87 -
requisitos



2/05/85 Herido por arma
Uso 7,7 uso 24% Reclusos 7%
una respuesta - puntaje 100

[Handwritten signature]

51. Pte Si - Se retira punta x 1/2 el

Dr. GONZÁLES RODRÍGUEZ FRANCISCO
MÉDICO TRAUMATÓLOGO ORTOPEDISTA
N.º P. 1.119
Hospital Regional Ushuaia

51. Se realiza curación - de retiro
Calle hosp obrero

Dr. GONZÁLES RODRÍGUEZ FRANCISCO
MÉDICO TRAUMATÓLOGO ORTOPEDISTA
N.º P. 1.119
Hospital Regional Ushuaia



Hospital Regional Ushuaia
Anestesiología y Reanimación

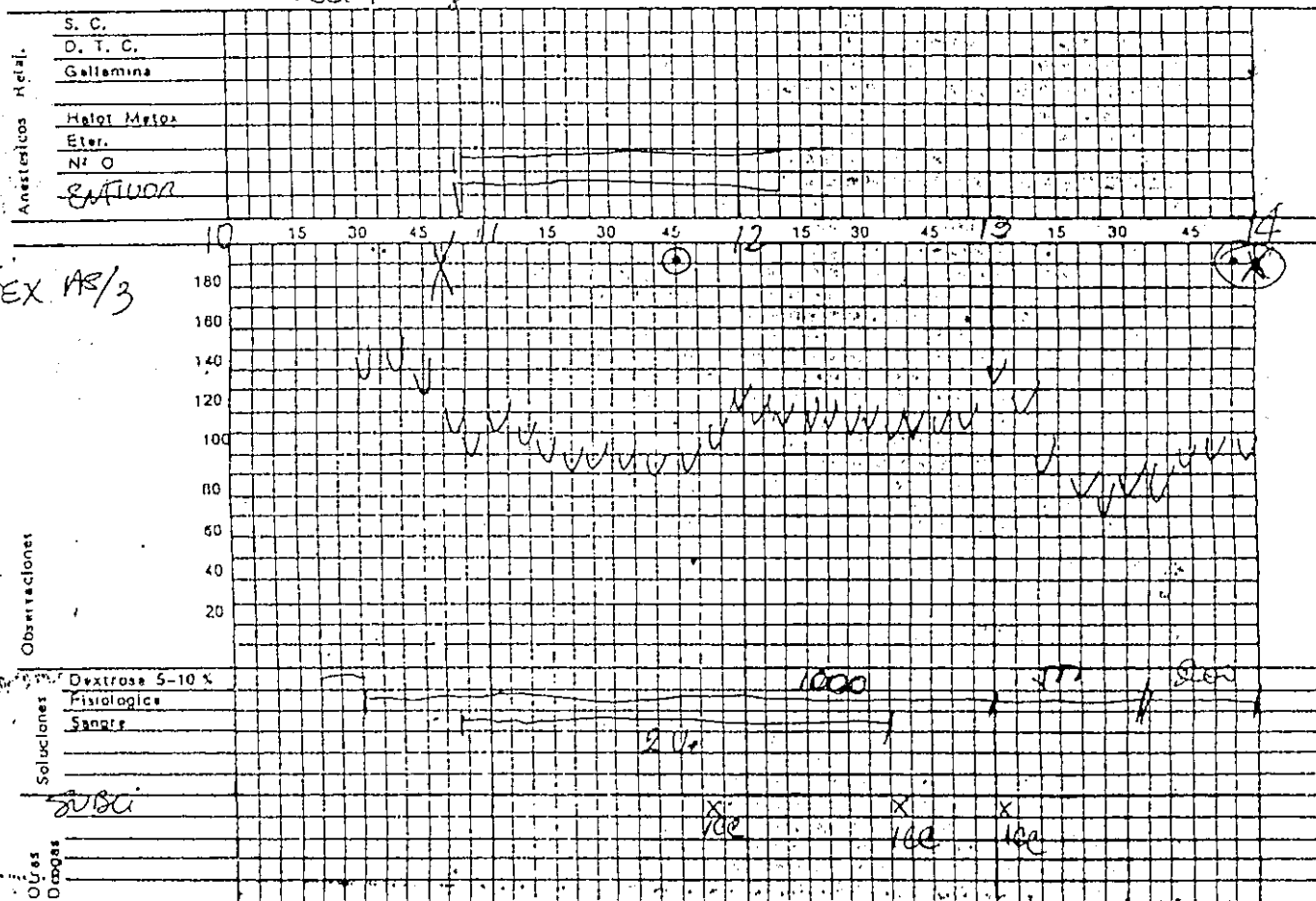
FICHA ANESTESICA

Idado N° del 18725646

Fecha 25/4/95

Apellido YUCRA SANTIAGO (M) Piso TRAUM Habit. _____ Cama _____
 Edad 23 Diagnóstico FRACCIÓN FEMUR Resp. Frecuencia _____
 Peso 59 Oper. Propuesta OSTEOGIGECTIA Tipo _____
 Talla _____ Diag. operatorio _____ Pulso _____
 Oper. realizada _____ T. Arterial: Habitual 1 Actual 1
 Sup. corpor. Jonzalez Ayudante Dr. Brown Tiempo Operación _____
 Cirujano Dr. Jonzalez Auxiliar _____ Anestesiología Grado 1 0
 Anestesiata Dr. Ceballos Anestesiología Grado 2 0
 Urgencia No SI Motivo _____ Anestesiología Grado 3 0
 Complic. preoperatoria: Hx 24% Anestesiología Grado 4 0
 Anestesiología Grado 5 0
 Premedicación No SI hora _____ Droga y dosis: FENTANIL 100ug + ATROP 0.5mg de adm. ED
 Cuadro operatorio Clase X Anestesia Operación T. Arterial pulso respiración P.V.C.

INDUCCION (ANESTESICOS TPS 400mg RELAJANTES Succi 100mg) MANTENIMIENTO (ANESTESICOS ENFLURANO 7 NZO TO2 RELAJANTES)



Analgesia _____
 Zona de inyección _____
 Agente anestésico _____
 Cantidad inyectada _____ cc a las _____ hs.
 Reinyecciones 1º _____ cc a las _____ hs.
 2º _____ cc a las _____ hs.
 3º _____ cc a las _____ hs.
 4º _____ cc a las _____ hs.
 5º _____ cc a las _____ hs.
 Cateter _____ no
 Fiosis total _____ cc
 Resultado _____
 Anestesia Inhalatoria Endovenosa Intram.
 Intub. Traqueal No Si Tubo Nº 5 Mandil
 Respiración Espontánea Asistida
 Controlada Manual
 Mecánica Aparato NU 9
 Sistema Sin reinalación Con reinalación Total

Estado del paciente al finalizar el acto anestésico-operatorio

Reflejo corneal Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	Depresión circulatoria Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	1-2-3 Shock Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Sensibilidad dolorosa Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	Depresión respiratoria Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Curatizado Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Obedece órdenes Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	Ostrucción Respiratoria Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Canula Faringea Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Conversa Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	Aspiración secreciones faringea Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Traqueales Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
	Vomitos No <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/>	Mucosos <input type="radio"/> Biliacos <input type="radio"/> Alimenticios <input type="radio"/> Fecaloideas <input type="radio"/>

Pasa a recuperación a las 14:30 Hacer condiciones satisfactorias Si No

Vº Bº _____ Firma [Signature]

