Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Ministerio de Salud

Hospital R R - 432

Nº 0000

.246

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD - LEY 22.431

Pecha de Nacimiento: 25 11 42 Edad: Nacionalidad: Argentina Achaval 229 C.A.B.A. Domicilio actual: DIAGNOSTICO: CIE10			OBELLI LUISA NO		
Achaval 229 C.A.B.A. Domicilio actual: Achaval 229 C.A.B.A. Diagnostico: CIE10 Q65.0- Secuela displasia congénita cadera izquierda. DIAGNOSTICO: CIE10 Q65.0- Secuela displasia congénita cadera izquierda. DIAGNOSTICO FUNCIONAL: CIDDM1 (MO DRA) Deficiencia: 71-74 Discapacidad: 36-39; 41-42-45-47; 87; 71 Minusvalia: 2.3; 3.3; 4.3 Fecha de Emisión del presente: 30 8 2011 Validez del Certificado: VALIDO HASTA 30 8 2021 Ley 23876 Art. 1. En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que tam én se cubra al acompañante SI NO \(\overline{\text{NO}} \) (Marcar con X lo que correspondo de conformidad con lo dictaminado por la Junta Evaluadora corresponde otorgar la certificación de acuer con el Art. 3 de la Ley 22.431.	D.N.I. / LE / LC:	4.56	8.389		
Achaval 229 C.A.B.A. Domicilio actual: DIAGNOSTICO: CIE10	Fecha de Nacim	25 1 lento:/	11 42 Edad:	68 años	:
Domicilio actual: DIAGNOSTICO: CIE10	Nacionalidad:	Arger	ntina		
DIAGNOSTICO FUNCIONAL: CIDDMI Deficiencia: 71-74 Discapacidad: 36-39; 41-42-45-47; 67; 71 Minusvalia: 2.3; 3.3; 4.3 Fecha de Emisión del presente: 30 8 2011 Validez del Certificado: VALIDO HASTA 30 8 2021 Ley 23876 Art. 1. En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que tan se cubra al acompañante SI NO X (Marcar con X lo que correspondo De conformidad con lo dictaminado por la Junta Evaluadora corresponde otorgar la certificación de acuer con el Art. 3 de la Ley 22.431. DR. ROBERTO THIACCODIMITRIS DE MARCADO PROMEDIA DE PROMEDI	Domicilio actual	Acha	ıval 229 C _. A.B.A.		
DIAGNOSTICO FUNCIONAL: CIDDMI Deficiencia: 71-74 Discripacidad: 36-39; 41-42-45-47; 67; 71 Minusvalia: 2.3; 3.3; 4.3 Fecha de Emisión del presente: 30 8 2011 Validez del Certificado: VALIDO HASTA 30 8 2021 Ley 23876 Art. 1. En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que tarrién se cubra al acompañante SI NO X (Marcar con X lo que correspondo De conformidad con lo dictaminado por la Junta Evaluadora corresponde otorgar la certificación de acuer con el Art. 3 de la Ley 22.431. DR. ROBERTO THIRACCIDIMITRIS DIR. MIANTA OLIGIA MULLO DI MITRIS DIR. MIANTA OLIGIA MULLO DI MITRIS DIR. MIANTA OLIGIA MULLO DI MITRIS DIR. MIANTA DEL RIO DI MITR	DIAGNOSTICO: (CIE10 Q65.0	0-Secuela displasia con	génita cadera izquierd	a
Deficiencia: 71-74 Discapacidad: 36-39; 41-42-45-47; 67; 71 Minusvalia: 2.3; 3.3; 4.3 Fecha de Emisión del presente: 30 / 8 / 2011 Validez del Certificado: VALIDO HASTA 30 / 8 / 2021 Ley 23876 Art. 1. En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que tam tén se cubra al acompañante SI NO X (Marcar con X lo que correspondo De conformidad con lo dictaminado por la Junta Evaluadora corresponde otorgar la certificación de acuer con el Art. 3 de la Ley 22.431. DR. ROBERTO THIACCIDIMITRIS DISCRIPTO THIACCIDIMITRIS DISCRIPTO THIACCIDIMITRIS SUB-DIRECT DA MEDIO HOSP REPARA PANILEL RO	OSM IV	•••••			
Minusvalia: 2.3; 3.3; 4.3 Fecha de Emisión del presente: 30 8 2011 Validez del Certificado: VALIDO HASTA 30 8 2021 Ley 23876 Art. 1. En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que tam se cubra al acompañante SI NO X (Marcar con X lo que correspondo De conformidad con lo dictaminado por la Junta Evaluadora corresponde otorgar la certificación de acuer con el Art. 3 de la Ley 22.431. DR. ROBERTO THIACCIDIMITRIS SUB-DIRECTIGNAMEDIA HOSP. REPURA MARIJEL RO POR ROBERTO THIACCIDIMITRIS SUB-DIRECTIGNAMEDIA HOSP. REPURA MARIJEL ROBERTO THIACCIDIMITRIS SUB-DIRECTIONAMEDIA HOSP. REPURA MARIJEL ROBERTO THIACCIDIMITRIS SUB-DIRECTICA MARIJEL ROBERTO THI	DIAGNOSTICO F	UNCIONAL: (CIDDMi	•	(MO DRA)
Fecha de Emisión del presente: 30 8, 2011 Validez del Certificado: VALIDO HASTA 30 8 2021 Ley 23876 Art. 1. En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que tam tién se cubra al acompañante SI NO X (Marcar con X lo que correspondo De conformidad con lo dictaminado por la Junta Evaluadora corresponde otorgar la certificación di acuer con el Art. 3 de la Ley 22.431. DR. ROBERTO THIACO DIMITRIS DIR. ROBERTO THIACO DIMITRIS SUB-DIRECTORA MEDIO HOSP, REMAN JANNIEL RO	\afiala==!=:	71-74	Disc	pacidad: 36-39; 41-42-	45-47; 67; 71
Alidez del Certificado: VALIDO HASTA 30 8 2021 Ley 23876 Art. 1. En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que tam jén se cubra al acompañante SI NO X (Marcar con X lo que correspondo de conformidad con lo dictaminado por la Junta Evaluadora corresponde otorgar la certificación de acuer con el Art. 3 de la Ley 22.431. DR. ROBERTO THIACCIDIMITRIS DIR. IVIANTA CUCIA HOLD SUB-DIRECTORA MEDICA HOSP. RELMA FAMILIEL HO. A HOSP. RELMA FAMILIEL HO.	летісівпста:		•		
Alidez del Certificado: VALIDO HASTA 30 8 2021 Ley 23876 Art. 1. En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que tam jén se cubra al acompañante SI NO X (Marcar con X lo que correspondo de conformidad con lo dictaminado por la Junta Evaluadora corresponde otorgar la certificación de acuer con el Art. 3 de la Ley 22.431. DR. ROBERTO THIACCIDIMITRIS DIR. IVIANTA CUCIA HOLD SUB-DIRECTORA MEDICA HOSP. RELMA FAMILIEL HO. A HOSP. RELMA FAMILIEL HO.				" "	:
Se cubra al acompañante SI NO (Marcar con X lo que correspondo De conformidad con lo dictaminado por la Junta Evaluadora corresponde otorgar la certificación di acuer con el Art. 3 de la Ley 22.431. DR. ROBERTO THACCIDIMITRIS DIS. WIARGIA LUSA MEDICO SUB-DIRECTORA MEDICO DE CONTRINO LARINGO LOGO OTORRINO LARINGO LOGO OTORRINO LARINGO LOGO OTORRINO LARINGO LOGO OTORRINO LARINGO LOGO HOSP. BEHAR. MANUEL RO	/linusvalia:	2.3; 3.3; 4.3		2011	÷
DR. ROBERTO THIACCIDIMITRIS DR. WIANGE LUSA MULL OTOR RINOVARINGOLOGO OTOR RINOVARINGOLOGO HOSP, BEHAR, MANUEL RO	/linusvalia: Fecha de Emisio	2.3; 3.3; 4.3 ón del presen	ite: 30 / 8		
OTORRING/ARINGOLOGO SUB-DIRECTORAMEDIA	/linusvalia: Fecha de Emisio /alidez del Certi .ey 23876 Art. 1.	2.3; 3.3; 4.3 ón del present ificado: VALID En los casos en	te: 30 / 8	8 / 2021 d lo requiera, el pase inc	•
Hospital de Readmindos	Vinusvalia:	2.3; 3.3; 4.3 on del present ificado: VALIC En los casos en se cubra al acon on lo dictaminado	Que el tipo de discapacida	d lo requiera, el pase inc (Marcar con X lo qu	re correspond