

VP 00849 872011

DR. REINALDO M. C. CAMPESTRI
MEDICO HEMATOLOGO
M. N. 6652

B.A.

Mi nombre Alan

Comunidades fuchs VIII

el te pongo doble
infiltración 1000 UI

Octóxido 1000 UI

(Wb/Se)

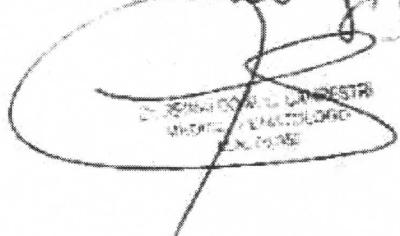
I = 8 (nueve)

D. Memphis A Seine.

EVENITO hemodisfagia

642
62% de Dose o IP.V.P.
COMENTURA 100%
Fecha 15/10/13
Pielada - 3132

15/10/13





Nº 22486

FUNDACIÓN DE LA HEMOFILIA

Instituto Asistencial

"Dr. Alfredo Pavlovsky"

UP Nro. de Llanta: 00849872011

Certifico que Miranda Alan

es paciente de este instituto de diagnóstico de

..... Hemofilia A severa y registrado

bajo Historia Clínica Nº 1829

Se indica la cantidad de 12 (doce) envases
de factor..... Fuji por 1.000 unidades.

Motivo del pedido.....

Profilaxis

Buenos Aires, 08/10/13

Dra. Daniela Neme
Médica Hematóloga
MP 97.741

F-24

Soler 3485 C1425BWE Buenos Aires Tel./Fax: 4963-1755

SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES
Conforme a Resolución M.S. 939/00 Programa Médico Obligatorio

DATOS DEL AFILIADO

Fecha 08/10/13

Apellido y Nombre: ... *Miranda Alan*
Afiliado U.P.Nº: ... *008408720101* Plan: *0009*
Dirección: ... *Huarray 6725* Te: ...
Localidad: ... *Chopdey Catam* Pcia.: ...

DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO

Medico solicitante: ... *Daniela Neme* MN: *97741*
Institución: ... *Fundación de la Hemofilia*
Diagnóstico: ... *Hemofilia A severa*
Genérico: ... *Frmun Univas*
Presentación: ... *Jco amp x 1000 uI*
Dosis diaria: ... *1000 uI* Dosis mensual: *12.000 uI*
Tiempo estimado de tratamiento: ... *Mejorar*

*Dra. Daniela Neme
Médica Hematóloga
MP97741*

*Firma y sello
Medico solicitante*

FUNDACION DE LA HEMOFILIA

*Firma y sello
Institución*

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido y Nombre: ...
D.N.I.: ...
Domicilio en: ...
Localidad: ...
Parentesco: ...

Por la presente asumo el compromiso de entregar a Unión Personal la documentación requerida, según lo establecido en el punto 8.5 de la Resolución 939/00 del Ministerio de salud, cuya copia recibo en este momento, tomando conocimiento y notificándome de su contenido. Asimismo asumo el compromiso de completar todos los trámites posteriores necesarios que Unión Personal me solicite para cumplir con los requerimientos de la Administración de Programas Especiales, actual Unidad Coordinadora de Gestión, de la Superintendencia de Servicios de Salud. La entrega de la documentación requerida es condición esencial para que se brinde la cobertura, de modo que, de no cumplir con ello, asumo los riesgos correspondientes deslindando de toda responsabilidad a la Obra Social Unión Personal.

AUTORIZO EXPRESAMENTE, POR LA PRESENTE, EL TRATAMIENTO INDICADO

FIRMA: ...

ACLARACION: ...



FUNDACION DE LA HEMOFILIA

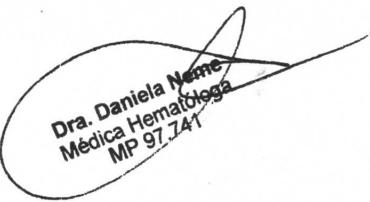
Instituto Asistencial
"Dr. Alfredo Pavlovsky"

Rp.

Arinanda Blan

Pte con hemofilia A severa.
Se indica entorno con profloxi
secundaria con FVIIa 1000 x 3 veces/
semana, a fin de disminuir
la presencia de episodios breves
asociados a presencia autoaglutinante

08/10/13



Soler 3485 C1425BWE Buenos Aires Tel./Fax: 4963-1755

F-31

Fecha: 8/10/13

Sres. Gerencia de Atención Personalizada
Sector de Prestaciones Médicas
Presente

Referencia: Consentimiento de Prestaciones de Medicación de Alto Costo

YO (nombre completo del afiliado titular): NORA JOSEFINA LOPEZ,
doy consentimiento para la totalidad del tratamiento para (completar con el nombre
de la patología): HEMOFILIA A SEVERA
con medicación (nombre genérico de la/s droga/s): FACTOR VIII

indicado por el Dr. (nombre del médico): MIGUEL CANDELA
para (nombre completo del paciente): ALAN CLAUDIO MIRANDA

Firma: Nora Lopez

Aclaración: NORA LOPEZ

DNI: 16583.663

Nº de afiliado titular: 00849872003

CUIL: 23-16.583.663

Teléfono: 15.61348639

Dirección de correo electrónico:

Nombre y Apellido: *María Octavio*

MES	Dosis	Unidades	Marca	Lote No.	Shácker Medicamentos
TIEMBRE 2013	1 -	1000	C 249 A 1000	0	
PESO	2 -	Octavio		90	
Unidades					
Mo					
Lu					
Ma					
Mi					
Ju		1000	2	90	
Vi					
Sa					
Do		1000	2	90	
Lu					
Ma		1000	2	90	
Mi					
Ju					
Vi		1000	2	90	
Sa					
Do					

Lugar del tratamiento	Lugar del sangrado	CONTINUA	INTERMITENTE	PROFUNDAS	HEMORAGIA
DOMICILIO ACADEMIA SOYER OTROS	DOMICILIO ACADEMIA SOYER OTROS				

Dra. Daniela Nemésia Hernández
Medico Especialista
97.741

Dra. Daniela Nemésia Hernández
Medico Especialista
97.741

Declaro haber utilizado la medicación detallada precedentemente en los episodios referidos.

Firma:

3 y Apéndice.

FECHAS	MARCA	3 -	4 -
LIBRE 2013	1 - PRODTG-DVI		
PESO	2 -		
Unidades	Marcas	Lote N°	Sticker Medicamento
I	1	26NLKU1	
II	1	" "	
III	1	" "	0
IV			
V			
VI			
MI			
JU			
VI			
SA			
DO			
LU			
5 Ma			

Lugar del sangrado	Tratamiento			Lugar del tratamiento
	PROFUSAS	HEMORRAGIA	CORTAMIENTO	
hematomas red. ige	✓	✓	✓	
	✓	✓	✓	

Declaro haber utilizado la medicación detallada precedentemente en los episodios referidos.

firma:

Lugar del tratamiento

DOMICILIO
ACADEMIA
SOLER
OTROS

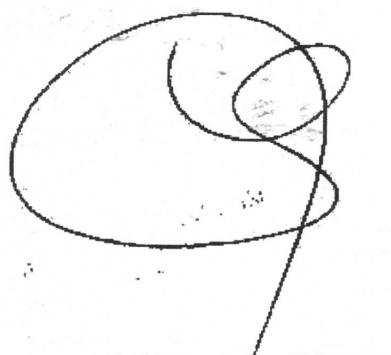
Bra. Daniela Neme
Médica Hematóloga
MP 97.741

Paseado 16/07

UL 0084 P8 + 2011000P

DR. REINALDO M. C. CAMPESTRI
MEDICO HEMATOLOGO
M. N. 66352

Rp. Muronda Alan
Comunidades de Lorton III
el 26 pueyo 1000
respiración 1000 VI
Octubre 1000 VI
1 = 12 (doce)
Dr: Hemorragia A Seve
Prophylaxis 2nd



15/7/13

SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES

Conforme a Resolución M.S. 939/00 Programa Médico Obligatorio

DATOS DEL AFILIADO

Fecha 11/07/13

Apellido y Nombre: **MIRANDA Alan Claudio**
 Afiliado U.P.Nº: **00849872011** Plan: **0009**
 Dirección: **Huaraz 6425** Te.: **1561348639**
 Localidad: **González Cotoñ** Pcia.: **Buenos Aires**

DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO

Medico solicitante: **Touliet Valeria** MN: **129018**
 Institución: **FUNDACION de la Hemofilia**
 Diagnóstico: **Hemofilia A severa**
 Genérico: **fVIII awh hemofílico humano**
 Presentación: **1000 ui**
 Dosis diaria: **1000 ui 3vec/seu** Dosis mensual: **12.000 ui**
 Tiempo estimado de tratamiento: **30 días**

Dra. Valeria S. Touliet
 Médica Hematóloga
 M.N. 129018

Firma y sello
 Medico solicitante

FUNDACION DE LA HEMOFILIA

Firma y sello
 Institución

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido y Nombre:
 D.N.I.:
 Domicilio en:
 Localidad:
 Parentesco:

Por la presente asumo el compromiso de entregar a Unión Personal la documentación requerida, según lo establecido en el punto 8.5 de la Resolución 939/00 del Ministerio de salud, cuya copia recibo en este momento, tomando conocimiento y notificándome de su contenido. Asimismo asumo el compromiso de completar todos los trámites posteriores necesarios que Unión Personal me solicite para cumplir con los requerimientos de la Administración de Programas Especiales, actual Unidad Coordinadora de Gestión, de la Superintendencia de Servicios de Salud. La entrega de la documentación requerida es condición esencial para que se brinde la cobertura, de modo que, de no cumplir con ello, asumo los riesgos correspondientes deslindando de toda responsabilidad a la Obra Social Unión Personal.

AUTORIZO EXPRESAMENTE, POR LA PRESENTE, EL TRATAMIENTO INDICADO

FIRMA:

ACLARACION:



Nº 21342

FUNDACION DE LA HEMOFILIA

Instituto Asistencial

"Dr. Alfredo Pavlovsky"

UNION PERSONAL 00849872011

Mirande Alan

Certifico que
es paciente de este instituto de diagnóstico de

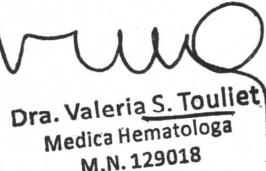
Hemofilo A Severay registrado
bajo Historia Clínica N° 1829

Se indica la cantidad de 12 (OCE) envases
de factor VIII por 1000 unidades.

Motivo del pedido.....

.....
Profilaxis
seguir doza

Buenos Aires, 11/7/13


Dra. Valeria S. Toulet
Medica Hematologa
M.N. 129018

F-24

Soler 3485 C1425BWE Buenos Aires Tel./Fax: 4963-1755

Fecha: 11/7/2013

Sres. Gerencia de Atención Personalizada
Sector de Prestaciones Médicas
Presente

Referencia: Consentimiento de Prestaciones de Medicación de Alto Costo

Yo (nombre completo del afiliado titular): LÓPEZ NORO JOSEFINA,
doy consentimiento para la totalidad del tratamiento para (completar con el nombre
de la patología): MEMOFILIS "A SEVERA"
con medicación (nombre genérico de la/s droga/s): Factor VIII

indicado por el Dr. (nombre del médico): MIGUEL CANDELA
para (nombre completo del paciente): MIRANDA ALAN CLAUDIO

Firma: Nora López

Aclaración: NORA LÓPEZ

DNI: 16.583.663

Nº de afiliado titular:

CUIL: 23.16583.663-4

Teléfono: 1561348633

Dirección de correo electrónico:



MONOTRIBUTO

00849872 01 1

MIRANDA ALAN CLAUDIO

20 PLAN:2009

MES		Marca		
JUNIO 2013		1 - Beiste	3 -	4 -
Fecha	Unidades	Marca	Lote N°	Sticker Medicamento
01 Sa				
02 Do	1000	1	793750 M B	
03 Lu	1000	1	"	
04 Ma	1000	1	"	
05 Mi				
06 Ju				
07 Vi				
08 Sa	1000	1	"	
09 Do				
10 Lu				
11 Ma				
12 Mi	1000	1	"	
13 Ju				
14 Vi				
15 Sa				

Lugar del sangrado	Tratamiento			Lugar del tratamiento
	PROFILAXIS	HEMORRAGIA	CONTINUA TRATAMIENTO	
Rinostaxis rectal I				Paracilia
" "				" "
" "				" "

Dra. Valeria S. Toulet
DermatólogaDeclaro haber utilizado la medicación Marcita periódicamente en los episodios referidos.

firma:

MES		Marca		Lugar del sangrado	Tratamiento			Lugar del tratamiento
JUNIO 2013	PESO	1 - Beriate - P	3 -		PROFILAXIS	HEMORRAGIA	CONTINUA TRATAMIENTO	
		2 -	4 -					
Fecha	Unidades	Marca	Lote Nº		Sticker Medicamento			
16 Do	1000	1	34275011A					
17 Lu								
18 Ma	1000	1	"					
19 Mi								
20 Ju	1000	1	"					
21 Vi								
22 Sa								
23 Do	1000	1	"					
24 Lu								
25 Ma	1000	1	"					
26 Mi								
27 Ju	1000	1	"					
28 Vi								
29 Sa								
30 Do	1000	1	"					

Predicamento de la Constitución Argentina

Nos, los representantes del pueblo de la Nación Argentina, reunidos en Congreso General Constituyente por voluntad y elección de las provincias que la componen, en cumplimiento de pactos preexistentes, con el objeto de constituir la unión nacional, afianzar la justicia, consolidar la paz interior, proveer a la defensa común, promover el bienestar general, y asegurar los beneficios de la libertad para nosotros, para nuestra posteridad y para todos los hombres del mundo que quieran habitar en el suelo argentino; invocando la protección de Dios, fuente de toda razón y justicia; ordenamos, decetramos y establecemos esta Constitución para la Nación Argentina.

EL NÚMERO DE DNI OTORGADO ES ÚNICO E INTRANSFERIBLE. TE ACOMPAÑARÁ TODA TU VIDA



REPÚBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS

SEXO: M
APELLIDOS: MIRANDA

NOMBRE(S): ALAN CLAUDIO

NÚMERO DE DOCUMENTO:
37.869.754

NACIONALIDAD:
ARGENTINA

FECHA DE EXPEDICIÓN:
01 JUL 2010

FECHA DE VENCIMIENTO:
01 JUL 2025
EJEMPLAR: A
FIRMA DEL IDENTIFICADO
**ID ARG 37869754 <3 <<< <<<
9308259M2507019ARG <<< <<<
MIRANDA < ALAN < CLAUDIO <<<**



DOMICILIO: HUARAZ 6725 - GONZÁLEZ CATÁN - LA
MATANZA - BUENOS AIRES
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 25 AGO 1993
CIUDAD DE BUENOS AIRES - CIUDAD DE BUENOS AIRES

DIGITO PULGAR

Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior
Documento con firma digital. Certificado mediante sello ANSES

OF. IDENT.:
7000

DATOS DEL ESTADO CIVIL

Matrimonio inscripto en la oficina del Registro Civil de:

Sección:

Provincia:

Nombre y Apellido del cónyuge:

Año: Acta N°:

Tomo: Folio:

Sello

Firma
Jefe Oficina Seccional



Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales
Servicio Nacional de Rehabilitación

Buenos Aires, 01/06/2009

23.043

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombres: MIRANDA Alan Claudio

DNI/LE/LC/CI/PAS N°: 34.869.754

Fecha de Nacimiento: 27.08.1993 Edad: 15 años

ANTECEDENTES: Congenito de tipo I

DIAGNOSTICO: Hemifilio Tipo "A" Seco.
Limitación de los ojos móviles tipo
fijos

TIPO DE DISCAPACIDAD: Motora

* LEY N° 23.876 Art. 1º: "En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que también se cubra al acompañante".

SI



(Tachar lo que **no** corresponda).

VALIDEZ DEL CERTIFICADO: Válido hasta 01.06.2019

DE CONFORMIDAD CON LO DICTAMINADO POR LA JUNTA MÉDICA CORRESPONDE OTORGAR
LA CERTIFICACIÓN DE ACUERDO CON EL ART. 3º DE LA LEY N° 22.431.

Dra. SPENGLER JACQUELINE
M.N. 77338
VOCAL TITULAR
JUNTA MÉDICA (LEY 22.431)

Dra. SILVIA MOYANO CATURELLI
M.N. 74.897
VOCAL TITULAR
JUNTA MÉDICA (LEY 22.431)

DR. REINALDO M. C. CAMPESTRE
MEDICO HEMATOLOGO
M. N. 66552

N. U.P. 84934201

Micuda Alau

Crustáceo de la cén VIII crece
junto a algas fijaciones

$$1000\sqrt{I} = 12(\text{años})$$

Octápedo 1000 \sqrt{I}

$$I = 12(\text{años})$$

Díptero 4 (inaccesible)

Acera

Drosophila

DR. REINALDO M. C. CAMPESTRE
MEDICO HEMATOLOGO
M. N. 66552

23/6/13.

Nº 40C 84987204

Agosto 2001



Nº 21684

FUNDACION DE LA HEMOFILIA

Instituto Asistencial

"Dr. Alfredo Pavlovsky"

Certifico que Miranda Alon Claudio
es paciente de este instituto de diagnóstico de
Hemofílico A Serena..... y registrado
bajo Historia Clínica N° 1829.....
Se indica la cantidad de 12 (doce)..... envases
de factor..... VIII..... por..... 1.000..... unidades.
Motivo del pedido..... Profilaxis serológica
.....

Buenos Aires, 9/8/03-

Dra. Valeria S. Toubet
Medica Hematóloga
M.N. 129018

F-24

Soler 3485 C1425BWE Buenos Aires Tel./Fax: 4963-1755

Documento de los Constituyentes Argentinos

Solo los representantes del pueblo de la Nación Argentina, reunidos en Congreso, formado constituyente por iniciativa de los provincias que lo componen, en asamblea no abierta, presentes, con el efecto de constituir la unión nacional, elijan, por sufragio universal, su interior, formar a la defensa común, procurar el bienestar general, y organizar los derechos de su

deber para asegurarse una justicia social para todos los habitantes del mundo que sirven, honrados en el seno argentino; convocando, si es necesario, a la conferencia de mundo, para establecer entre las naciones amistad, justicia, fraternidad.

Presidente del Chaco, gobernante de todo rey, y jefe de las naciones, designado y establecido entre las naciones americanas, México, Argentina,

EN NUMERO DEL IDENTIFICADO ES UNICO, E

RETRANSFERIBLE, TE ACOMPAÑA TODA TU VIDA

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
REGISTRADO FACHADA DE LAS PERSONAS

APPELLIDO:
MIRANDA

NOMBRE/S:
ALAN CLAUDIO

NUMERO DE DOCUMENTO: **37.869.754** SEXO: M

NACIONALIDAD:
ARGENTINA

FECHA DE EXPEDICION:
01 JUL 2010

FECHA DE VENCIMIENTO:
01 JUL 2025

D LRN HPRR D6
FIRMA DEL IDENTIFICADO
IDARG37869754<3<<<<<<<<<
9308259M2507019ARG<<<<<<<<8
MIRANDA<<ALAN<<CLAUDIO<<<<<<

DIGITO PULGAR

[Firma]
Dr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior

Domiciliado con firma digital Certificado emitido por ANSES.

DATOS DEL ESTADO CIVIL

Matrimonio inscrito en la oficina del Registro Civil de:

Sectón:

Provincia:

Nombre y Apellido del cónyuge:

Año: Acta N°:

Tomo: Folio:

Sello

Firma
Jefe Oficina Seccional

MES			Marca			
JULIO 2013		Peso	1. Beliate - P	3 -	2 -	4 -
Fecha	Unidades	Marca	Lote Nº	Sticker Medicamento		
01 Lu						
02 Ma	1000	1	84275011A			
03 Mi						
04 Ju						
05 Vi	1000	1				
06 Sa						
07 Do						
08 Lu	1000	1	"			
09 Ma						
10 Mi						
11 Ju	1000	1	"			
12 Vi						
13 Sa						
14 Do	1000	1	"			
15 Lu						

Lugar del sangrado	Tratamiento			Lugar del tratamiento
	PROTEÍNAZIS	HIBERNACIÓN	CONTENCIÓN TRATAMIENTO	
Proflexis Scandana				Domicilio Academia Soler Otros
Doncello				
"	"	"	"	
"	"	"	"	
"	"	"	"	
"	"	"	"	
"	"	"	"	
"	"	"	"	
"	"	"	"	
"	"	"	"	
"	"	"	"	
"	"	"	"	
"	"	"	"	
"	"	"	"	
"	"	"	"	
"	"	"	"	

Declaro haber utilizado la medicación detallada precedentemente en las referencias.

firma:

Valeria S. Touillet
Medica Hematóloga
M.N. 129018

MES		Marca		
JULIO 2013		1-	3-	4-
Peso	2	Octonate		
Fecha	Unidades	Marca	Lote N°	Sticker Medicamento
16 Ma				
17 Mi				
18 Ju	1000	2	C250F1201	
19 Vi	1000	2	"	
20 Sa				
21 Do	1000	2	"	
22 Lu				
23 Ma	1000	2	"	
24 Mi				
25 Ju	1000	2	"	
26 Vi				
27 Sa				
28 Do	1000	2	"	
29 Lu				
30 Ma	1000	2	"	
31 Mi				

Lugar del sangrado	Tratamiento			Lugar del tratamiento
	PROPRIOCELA	NEFROBLASTO	CONTINUO TRATAMIENTO	
hematuria, Codo D	u	u	u	Domicilio
	u	u	u	
	u	u	u	
	u	u	u	
	u	u	u	
	u	u	u	
	u	u	u	
	u	u	u	
	u	u	u	
	u	u	u	
	u	u	u	
	u	u	u	
	u	u	u	
	u	u	u	
	u	u	u	
	u	u	u	
	u	u	u	
	u	u	u	
	u	u	u	
	u	u	u	

Declaro haber utilizado la medicación detallada precedentemente en los episodios referidos.
Dra. Valeria S. Toulet
firma: _____
Médica Hematóloga
M.N. 129018

SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES
Conforme a Resolución M.S. 939/00 Programa Médico Obligatorio

DATOS DEL AFILIADO

Fecha 9/8/13

Apellido y Nombre: *Miranda Alan Claudio*
Afiliado U.P.Nº: *00849872011* Plan: *0009*
Dirección: *Huaraz 6725* Te: *1561348639*
Localidad: *González Coran* Pcia.: *Provincia Arequipa*

DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO

Medico solicitante: *Touliet Valeria* MN: *129018*
Institución: *FUNDACIÓN ALTO HEMOFILIO*
Diagnóstico: *Hemofilia A severa*
Genérico: *FVIII antiHemofilia Fármaco*
Presentación: *1000ui*
Dosis diaria: *1000ui 3 veces/semana* Dosis mensual: *12.000ui*
Tiempo estimado de tratamiento: *30 días*

Dra. Valeria S. Touliet
Médica Hematóloga
MN. 129018

Firma y sello
Medico solicitante

FUNDACION DE LA HEMOFILIA

Firma y sello
Institución

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido y Nombre:
D.N.I.:
Domicilio en:
Localidad:
Parentesco:

Por la presente asumo el compromiso de entregar a Unión Personal la documentación requerida, según lo establecido en el punto 8.5 de la Resolución 939/00 del Ministerio de salud, cuya copia recibo en este momento, tomando conocimiento y notificándome de su contenido. Asimismo asumo el compromiso de completar todos los trámites posteriores necesarios que Unión Personal me solicite para cumplir con los requerimientos de la Administración de Programas Especiales, actual Unidad Coordinadora de Gestión, de la Superintendencia de Servicios de Salud. La entrega de la documentación requerida es condición esencial para que se brinde la cobertura, de modo que, de no cumplir con ello, asumo los riesgos correspondientes deslindando de toda responsabilidad a la Obra Social Unión Personal.

AUTORIZO EXPRESAMENTE, POR LA PRESENTE, EL TRATAMIENTO INDICADO

FIRMA:

ACLARACION:

Fecha: 9/8/2013

Sres. Gerencia de Atención Personalizada
Sector de Prestaciones Médicas
Presente

Referencia: Consentimiento de Prestaciones de Medicación de Alto Costo

Yo (nombre completo del afiliado titular): NORA JOSEFINA LOPEZ,
doy consentimiento para la totalidad del tratamiento para (completar con el nombre
de la patología): HEMOFILIA "A SEVERA"
con medicación (nombre genérico de la/s droga/s): Factor VIII

indicado por el Dr. (nombre del médico): MIGUEL CANDELA
para (nombre completo del paciente): ALAN CLAUDIO MIRANDA

Firma: Nora J. Lopez

Aclaración: NORA J. LOPEZ

DNI: 16.583.663

Nº de afiliado titular: 00849872 CO 3

CUIL: 23-16.583.663

Teléfono: 15.61348638

Dirección de correo electrónico: NORAJOSEFINALOPEZ5@GMAIL.COM



Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales
Servicio Nacional de Rehabilitación

Buenos Aires, 01/06/2009

23.043

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombres: MIRANDA Alan Claudio

DNI/LE/LC/CI/PAS No. 54.863.754

Fecha de Nacimiento: 27.08.1993 Edad: 15 años

ANTECEDENTES: Congenito des tipo I

DIAGNOSTICO: Neuropatia tipo "A" Seco.
Limitación de los art. mielitis tipo I y II

TIPO DE DISCAPACIDAD: Motora

* LEY N° 23.876 Art. 1º: "En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que también se cubra al acompañante".

SI



(Tachar lo que no corresponda).

VALIDEZ DEL CERTIFICADO: Válido hasta 01/06/2019

DE CONFORMIDAD CON LO DICTAMINADO POR LA JUNTA MÉDICA CORRESPONDE OTORGAR
LA CERTIFICACIÓN DE ACUERDO CON EL ART. 3º DE LA LEY N° 22.431.

DR. SPENGLER JACQUELINE
M.N. 7738
VOCAL TITULAR
JUNTA MÉDICA (LEY 22.431)

DR. SILVIA MOLAGRO GUTIERREZ
M.N. 74807
VOCAL TITULAR
JUNTA MÉDICA (LEY 22.431)

