ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
GOBIERNO MUNICIPAL
DORADO, PUERTO RICO

ORDENANZA NUM 47 SERIE:-2001-2002

PARA ESTABLECER UN AREA PARA ESTACIONAMIENTO DE IMPEDIDOS EN EL RESIDENCIAL EL DORADO, EDIFICIO 4, APARTAMENTO 29, DORADO, PUERTO RICO; Y PARA OTROS FINES:

POR CUANTO : La señora Mirna Smith es una persona con residencia en el Residencial El Dorado, en el edificio número 4, apartamento 29, de esta municipalidad de Dorado, Puerto Rico.

POR CUANTO : La niña Shakira Rivera Smith, hija de la señora Mirna Smith, está limitada para moverse libre y adecuadamente.

POR CUANTO : La señora Smith ha venido confrontando problemas con otros residentes que entienden que pueden estacionarse en esa área porque no tienen un letrero que así lo indique.

POR CUANTO : La policía ha tenido que intervenir con residentes que bloquean dicho estacionamiento, pero no han multado debido a que no tiene un letrero.

POR TANTO : POR LA PRESENTE ORDENAMOS LO SIGUIENTE:

Sección 1ra : Se establece como área de estacionamiento para impedidos el lugar frente al edificio 4, apartamento 29, en el Residencial El Dorado, Dorado, Puerto Rico.

Sección 2da: Se establece que esta ordenanza sea una flexible que se pueda derogar cuando así se determine o cuando sea necesario.

Sección 3ra: Toda violación a lo dispuesto por esta ordenanza será castigada con una multa de doscientos cincuenta dólares ($250.00).

Sección 4ta: Esta ordenanza comenzará a regir tan pronto sea firmada por el alcalde, excepto sus disposiciones penales que empezarán a regir después de diez días (10) de publicada en un periódico de circulación general en el país.

Sección 5ta: El Director de Obras Públicas o la persona que él designe será responsable de rotular el área adecuadamente.

Adoptada hoy día 27 de marzo de 2002.

Daisy Padilla Fuentes
Secretaria Legislatura Municipal

Miguel A. Concepción Baéz
Presidente

Aprobada por el alcalde el día 28 de marzo de 2002.

Carlos A. López Rivera
Alcalde

AMERICAN MANAGEMENT & ADMINISTRATION CORP.
RES. EL DORADO

A: HONORABLE CARLOS A. LOPEZ
ALCALDE , MUNICIPIO DE DORADO

DE: SRA. ESTHER FALU ORTIZ
GERENTE DE PROYECTO EL DORADO

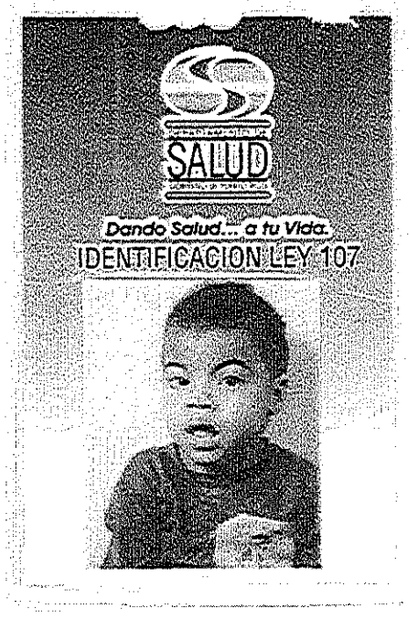
FECHA: 11 DE MARZO DE 2002

ASUNTO: **ROTULO PARA ESTACIONAMIENTO DE IMPEDIDO**

ME DIRIJO A USTED PARA SOLICITARLE ROTULO DE IMPEDIDO PARA SER COLOCADO EN EL AREA DE ESTACIONAMIENTO DE LA SEÑORA MIRNA SMITH RESIDENTE NUESTRA DEL EDIF. 4 APTO. 29. ESTE ESTACIONAMIENTO HA SIDO PINTADO EN VARIAS OCASIONES CON EL COLOR AZUL QUE LO DISTINGUE PARA IMPEDIDOS , AUN ASI LA RESIDENTE ESTA TENIENDO PROBLEMAS CON OTROS RESIDENTES QUE ENTIENDEN PUEDEN ESTACIONARSE EN ESA AREA PORQUE NO TIENE UN LETRERO QUE ASI LO INDIQUE .

LA POLICIA HA VENIDO AL RESIDENCIAL Y HA INTERVENIDO CON RESIDENTES QUE BLOQUEAN DICHO ESTACIONAMIENTO PERO NO HAN MULTADO DEBIDO A QUE NO TIENE UN LETRERO. NOS URGE SEA ROTULADO YA QUE LA HIJA DE ESTA RESIDENTE TIENE UNA CONDICION DE ATROFIA ESPINAL NEURAL ADEMAS DE SU CONDICION DE EPILEPSIA AGRADECEREMOS LA AYUDA QUE NOS PUEDA BRINDAR AL RESPECTO.


DISCO
PERMISO DE ACCESO A SU ESTACIONAMIENTO RESERVADO
PUERTO RICO HANDICAPPED PARKING PERMIT
1049657
Permiso Especial
Fecha Expiración
22DIC2001
Gobierno de Puerto Rico
Departamento de Transportación y Obras Públicas
Directoria de Servicios al Conductor
Sergio L. Gonzalez
Secretario DTOP
RIVERA SMITH
SHAKIRA
ssid 596-56-5564
femenino


SALUD
Dando Salud... a tu Vida.
IDENTIFICACION LEY 107

DS 1-02

CERTIFICACION MEDICA

Parte B (Médico debe llenarla en su totalidad)

CERTIFICO que Shakira Luisa Smith expediente médico número 3170 padece de las siguientes condiciones físicas que limitan su capacidad de caminar o movilizarse:

I. Diagnóstico del paciente y comentarios sobre la condición incapacitante:
1. Atrofia Espinal Renal
2.
3.

II. El médico debe indicar por cual condición o condiciones el solicitante presenta limitación en la movilidad.

1. Parálisis parcial o total, permanente; Anquilosis de las extremidades inferiores.
¿Requiere el uso de equipo asistivo? Sí ✓ No____ Bastón____ Silla de ruedas ✓
Andador____ Otros____.

2. Amputación de una o ambas extremidades inferiores.

3. ¿Usa Prótesis? Sí____ No ✓

4. Hemiplejía que requiere para su ambulación equipo asistivo.

5. Condición pulmonar: Neumólogo indique la limitación porcentual ____% de la capacidad del solicitante.

6. Fallo renal - ¿Recibe tratamiento de hemodialisis? Sí____ No ✓ Frecuencia____

7. Claudicación intermitente o condiciones perifero vascular que limiten su ambulación.

8. Condición cardíaca – Cardiólogo o Internista debe indicar la clasificación funcional y terapéutica según NYHC (I, II, III, IV – A, B, C, D, E) (importante marcar un número romano y una de las letras).

9. Implantación de prótesis de tobillo, cadera o rodilla, indique derecha o izquierda.

10. Cirugía de columna – Médico debe indicar residual post quirúrgico.

11. Deformidad congénita o adquirida de las extremidades inferiores que limite su ambulación.

12. Lesión del sistema nervioso central o periférico.

13. Condición oftalmológica debe ser certificada por un especialista (oftalmólogo u optómetra). (Importante). Debe indicar agudeza visual en grados por cada ojo.

14. Otra condición incapacitante severa que afecta la ambulación del solicitante.

III. Nombre del médico Wanda A Matos Firma W Matos

DEPARTAMENTO DE SALUD
OFICINA ROTULOS REMOVIBLES
(787)729-4543
(787) 729-4542

787-274-7676

RECIBO DE DOCUMENTOS

Shakira Rivera Smith

Nombre del Reclamante

( )Sol. Nueva (X)Sol. Renovación
( )Evidencia Médica ( )Otros

Indique_____

Recibido por: Eva R. Muñoz

Fecha: 12/18/01

JUNIO 2001

NIVERSITY PEDIATRIC HOSPITAL

Dr. Antonio Ortíz
Medical Plan:
Contract Number:

FC S

Favor entregar a la madre:

Shakira Rivera Smith

TO:	FROM:

☐ Consultation Only: ☐Stat ☐Within 12hrs ☐Within 24hrs
☐ Consultation and Follow Up ☐Write Oders
Other:

Notified by _____ To _____
Notification Method _____
Date ___/___/___ (month day year) Time _____ ☐am☐pm
Bed Number:

REASON FOR REQUESTED CONSULTATION

REQUEST:

Date 2/5/02
Time 3:05 ☐am ☒pm

To Centro Limar:

The present is to inform that the pt. Shakira Rivera Smith was admitted at HOPU since 1/23/02 to 2/5/2 because of respiratory distress requiring Intensive Unit. She completed 8 days of antibiotherapy and was D/H on 2/5/2 after clinical improvement.

Thanks!

Signature of Physician & Lic.

FINDINGS AND RECOMMENDATION

CONSULTANT:

Date
Time ☐am ☐pm

Dr. García 23391 M.D.
HOPU
777 3535 Ext. 7216

☐Transfer Patient to service
☐Physician in charge notified

Name | Signature & Lic.

Original | Consultation Report | Medical Record

COMMONWEALTH OF PUERTO RICO

DEPARTMENT OF HEALTH

CAGUAS REGIONAL HOSPITAL

DISCHARGE SUMMARY

Name: Shakira Rivera Smith

Service: Pediatría

Record # 1840 370

Admission Date: 10-III-99

Head of Family:

Discharge Date: 23-III-99

Admission Complaint (Illness Requiring Hospitalization) Distres respiratorio
Hypercapnea.

Positive Physical Findings: Ronchos ocasionales ambos pulmones
Sibilancia ocasional
paciente bajo efectos de sedante.

Dates & Results of Pertinent Laboratory, X-Rays, EKG, Biopsies, Scans, Consultations:

SMA 8 : 15-III-99	19-III-99	CBC - 10-III-99	CBC - 19-III-99	ABG 5: 16-III-99	ABG 3 - 21-III-99	BC# 3156
BUN - 5	BUN - 10	WBC - 4.0	WBC - 12.0	pH - 7.34	pH - 7.49	
Glu - 149	Glu - 138	Hgb - 10.2	Hgb - 9.4	P_{CO_2} - 57.9	P_{CO_2} - 32.5	
Creat - 0.3	Creat - 0.3	Hct - 30.6	Hct - 27.4	P_{O_2} - 81.4	P_{O_2} - 107.1	
A - 8.7	Ca - 9.9	Plt - 482	pH - 7.37	BE - 4.7	BE - 1.6	
Na - 134.6	Na - 137.1	Segs - 70	Segs - 71	HCO_3 - 31.8	HCO_3 - 24.1	
K - 4.56	K - 4.4	Ly - 25	Ly - 17	SO_2 - 95.2	SO_2 - 98.3	
CO_2 - 25.1	Cl - 103.6	MO - 2	MO - 8			
	CO_2 - 26.7	Bandas - 2	Bandas - 3			
		Atypic Ly - 1				

Endotraqueal secretion culture x CMV & Tropicalis
x Nosocomial pneumonia

Progress in Hospital: (In cronologic form, and giving dates, elaborate Treatment & complications)

Femenina de 1½ años con historia de hipotonía congenita fue admitida a intensivo pediátrico x tener distres respiratorio secundario a una bronconeumonía bilateral con broncoespasmo, hypercapnea con fallo respiratorio que requirió ventilador mecánico. Se le administró Zinacef por poder, respondió bien. Terapia respiratoria con Pulmozyme. Se extubó el 18-III-99 y se puso en venturi mask. Tolera bien y se puso en aire ambiente, sangrado gastro intestinal alto secundario a medicamento. Se trató con ZANTAC. Paciente se estabilizó y fue trasladada a ward con buena respuesta al tratamiento solamente. Terapias de prevención.
Paciente fue evaluada por Genética, Neurología, Neumología.

HOSPITAL PEDIATRICO UNIVERSITARIO

DISCHARGE SUMMARY

Dx: Atrofia espinal neural

DEPARTMENT OF Pediatrics

H.I.C.N.

NAME OF PATIENT [illegible] Smith [illegible] (LAST / MIDDLE / FIRST) RECORD NO. [illegible]

AGE 7 SEX M ADMITTED [illegible] DISCHARGED [illegible]

* BRIEF HISTORY (INCLUDE WHY THE PATIENT ENTERED THE HOSPITAL)

[illegible]

* PERTINENT FINDINGS ON PHYSICAL EXAM: [illegible]

* PERTINENT LABORATORY DATA (INCLUDE DATE OF POSITIVE FINDINGS): [illegible]

* PERTINENT X-RAY DATA (INCLUDE DATES OF POSITIVE FINDINGS): [illegible]

* OTHER STUDIES AND RESULTS (INCLUDE DATES OF POSITIVE FINDINGS): [illegible]

LABORATO REPORT

LABORATORIO
CLINICO CAPARRA

NDOMINIO CENTRO ALTAMIRA
CALLE PERSEO #501
URBANIZACION ALTAMIRA
RIO PIEDRAS, PUERTO RICO 00921
TELS. (787) 783-3885 / 792-4880
1-800-981-6730
FAX (787) 792-4802

LIC. #60

CLIENT NAME LAB. CL DORADO

ROUTE-STOP CALLE ELISA VALLE NO. 109
25 DORADO, PR
(787)796-2644

ACCOUNT NO. 11067

CLIA ID NO. 40D0690239 O.S.H.A. APPROVED FOR LEAD ANALYSIS

PATIENT NAME	PATIENT REF. NO.	AGE	SEX	PHYSICIAN
SMITH SHAKIRA			F	

REQUISITION NO.	ACCESSION NO.	ROOM NO. / WARD	COLLECTION DATE & TIME	LOG-IN-DATE	REPORT DATE	& TIME
	952479		02/12/2002 18:18	02/12/2002	02/12/2002	19:00

COMMENTS

** COMPLETE REPORT **

TEST	RESULT IN RANGE	RESULT OUT OF RANGE		REFERENCE RANGE
(DILANTIN)	10.75		MCG/ML	10.00-20.00 * MT GML

PAGE: 1

End of Report

ORIGINAL

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA
ADMINISTRACION DE REHABILITACION VOCACIONAL
SAN JUAN, PUERTO RICO

ESTE ORIGINAL ES PARA USTED.
LA COPIA ES PARA DEJARLA EN
LA OFICINA DE OBRAS PUBLICAS.

16 DEC 1999

SHAKIRA RIVERA SMITH
RESIDENCIAL EL DORADO
EDIF. 4 APTO 29
DORADO PR 00646

Estimado(a) señor(a) :

Tengo a bien incluirle Certificación de Elegibilidad para Uso de Rótulo Removible para utilizar Estacionamientos Reservados para Personas con Impedimentos, debidamente firmada por el suscribiente.

Para adquirir el Rótulo Removible, deberá presentar esta certificación en la Oficina Regional del Departamento de Transportación y Obras Públicas más cercana a su residencia.

Cordialmente,

JOSE R. SANTANA, Ed.D.
Administrador

Anejo

5

AMERICAN MANAGEMENT & ADMINISTRATION CORP.
RES. EL DORADO

A: HONORABLE CARLOS A. LOPEZ
ALCALDE , MUNICIPIO DE DORADO

DE: SRA. OLGA LOPEZ
GERENTE DE PROYECTO EL DORADO

FECHA: 20 DE ABRIL DE 2001

ASUNTO: ROTULO PARA ESTACIONAMIENTO DE IMPEDIDO

ME DIRIJO A USTED PARA SOLICITARLE UN ROTULO DE IMPEDIDO PARA SER COLOCADO EN EL AREA DE ESTACIONAMIENTO DE EL SEÑOR EDWIN RIVERA DEL EDIF. 4 APTO. 29. ESTE RESIDENTE SE LE PINTO EL ESTACIONAMIENTO PERO AUN ASI ESTA TENIENDO PROBLEMAS CON EL MISMO. EL A VISITADO EL CUARTEL DE LA POLICIA PARA DAR REFERENCIAL AL MISMO PERO EN EL CUARTEL LE NOTIFICARON QUE HASTA QUE ESTE ESTACIONAMIENTO NO ESTE IDENTIFICADO CON SU ROTULO DEL IMPEDIDO ELLOS NO PODRAN DAR BOLETOS A NADIE.

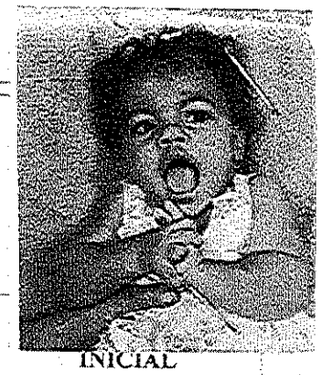
AGRADECERE LA AYUDA QUE NOS PUEDA BRINDAR AL RESPECTO.

4/20/01
2:00 PM

ARV-865
Rev. 10/95

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de la Familia
Administración de Rehabilitación Vocacional

CERTIFICACION DE ELEGIBILIDAD PARA USO DE ROTULO REMOVIBLE PARA UTILIZAR ESTACIONAMIENTOS RESERVADOS PARA PERSONAS CON IMPEDIMENTOS [LEY 141- SEC.2-410 SEGUN ENMENDADA]



APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	INICIAL
RIVERA	SMITH	SHAKIRA	

SEXO M [ ] F [X]

NÙMERO DE SEGURO SOCIAL: 596-56-5564

FECHA DE NACIMIENTO (DIA/MES/AÑO): 9/19/1998

DIRECCIÒN:
RESIDENCIAL EL DORADO
EDIF. 4 APTO 29
DORADO PR 00646

DIAGNOSTICO: PERLESIA CEREBRAL

CLAVE(S): H

PERSONA ENCARGADA: MYRNA SMITH

PARENTESCO: MADRE

FECHA DE LA CERTIFICACIÒN (DIA/MES/AÑO): 12/16/1999

Certificado Por:

Secretario(a) Departamento de la Familia o Representante Autorizado

NOTA: Esta Certificación será válida por dos (2) años