

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 11 de DICIEMBRE de 2025.-

Por la presente dejo constancia y presto mi conformidad al plan de tratamiento que brinda/n a

mi Hijo ZEBALLOS FACUNDO DNI-
 (Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Marianela Marcos	Psicopedag.	8	febrero / diciembre 2026
Estefanía Crosa	Fonoaudiol.	8	Febrero / Diciembre 2026
Berenice Lopez	Psicología	8	Febrero / Diciembre 2026
Ferrero Gabriela	T. ocupacional	8	febrero / Dic 2026

de acuerdo al siguiente cronograma:

DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp. Psicopedagogia		19 a 20		19 a 20		
Esp. Fonoaudiología		17 a 18		17 a 18		
Esp. Psicología		16-17	16-17			
Esp. Terapia ocupacional		16-17/15		16-17/15		
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
 (Firma- Aclaración - Sello)

M. Marcos
 M. MARCOS.
 Marianela Marcos
 Lic. EN PSICOPEDAGOGÍA
 Mat. N° 766 - L. 1 - F° 22

Estefanía Crosa
 Crosa Estefanía
 Lic. en Fonoaudiología
 Mat. N° 325/1° F° 10 L° 1
 Lic. BERENICE LOPEZ
 PSICOLOGA
 M.N. 1466

Gabriela Ferrero
 FERRERO GABRIELA
 Lic. en TERAPIA OCUPACIONAL
 Mat. 50113 - L. 1 - F° 1
 Terapeuta en Estimulación Temprana

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: x *[Firma]*
 Aclaración: x Zeballos
 DNI: x 27213169
 Vínculo: x Padre