



CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 10 de 11 de 2025.-

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

mi HISA OLAGUIBE EMILY 70003817
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Valentina Stivanello	Terapia Ocupacional	(3 sesiones semanales) 12 sesiones mensuales	Desde febrero hasta diciembre 2026
Maria Chamorro	Kinesiología	3 ses semanal 12 mensual	01/02/2026 - 31/12/2026

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. Terapia Ocupacional	18.40 a 19.20		18.40 a 19.20		18.40 a 19.20	
Esp. Kinesiología	19 ²⁰ - 20 ⁰⁰		19 ²⁰ - 20 ⁰⁰		19 ²⁰ - 20 ⁰⁰	
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración - Sello)

VALENTINA STIVANELLO
Lic. en Terapia Ocupacional
Mat. Prov. N° 50915 - L. 2 - F° 2
Stivanello Valentina

Lic. María Isabel Chamorro
Kinesióloga
Neurodesarrollo Bobath - Estimulación Temprana
M.P. N° 1313

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:
Aclaración: MAS OLAGUIBE
DNI: 42331156

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: 10/11/25*

Apellido y nombre del beneficiario: Olaguibe Emily

Número de Afiliado: X

Yo * LUCAS OLAGOIBE

Documento Tipo (D.N.I) N° * 42331156, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación: Terapia Ocupacional

Prestador: Stivanello Valentina

Período de la prestación: desde Febrero 2026 hasta Diciembre 2026

2. Prestación: Kinesiólogia

Prestador: Chamorro Maria

Período de la prestación: desde 01/02/2026 hasta 31/12/2026

3. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

4. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Firma: Valentina Stivanello
Lic. en Terapia Ocupacional
Mat. Prov. N° 50915 - L 2 - F° 2
Aclaración: Stivanello Valentina

Firma: Maria Isabel Chamorro
Lic. Maria Isabel Chamorro
Kinesióloga
Neurodesarrollo Bobath - Estimulación Temprana
M.P. N° 1313

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de...*

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma: * Lucas Olaguibe

Aclaración: * LUCAS OLAGOIBE

Documento: * 42331156