

**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, 28 de Noviembre de 2025.-

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

mi.....Hija..... ULRICH AVALOS, Macarena - DNI 42.766.217.....  
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

.....HUMANITAS SRL.....  
(Razón social o nombre del prestador)

sito en calle .....AV FREYRE 2954.....  
(Domicilio - localidad - provincia)

la modalidad.....CENTRO DE DIA JORNADA DOBLE DE LUNES A VIERNES.....  
(Prestación, tipo de jornada y Categoría - indicar la dependencia en caso de corresponder)

Nombre y Apellido de los Profesionales	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
HUMANITAS SRL	Centro de Dia	Lunes a Viernes	Enero - Diciembre 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:
Centro de Dia	07:00 a 14:00	07:00 a 14:00	07:00 a 14:00	07:00 a 14:00	07:00 a 14:00	-
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración - Sello)

U. en F.O. K. RESIDENCIAL  
OTORRINOLARINGOLOGÍA  
2º Centro de Día

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:

Aclaración: ULRICH  
DNI: 26460764  
Vínculo: FREYRE



**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, 10 de diciembre de 2025.

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

mi Hija Ulrich-Avalos MACARENA 42.766.217  
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Caon Ma. Victoria  
(Razón social o nombre del prestador)

sito en calle Rep. de Siria 6739  
(Domicilio – localidad - provincia)

la modalidad Psicología  
(Prestación, tipo de jornada y Categoría – indicar la dependencia en caso de corresponder)

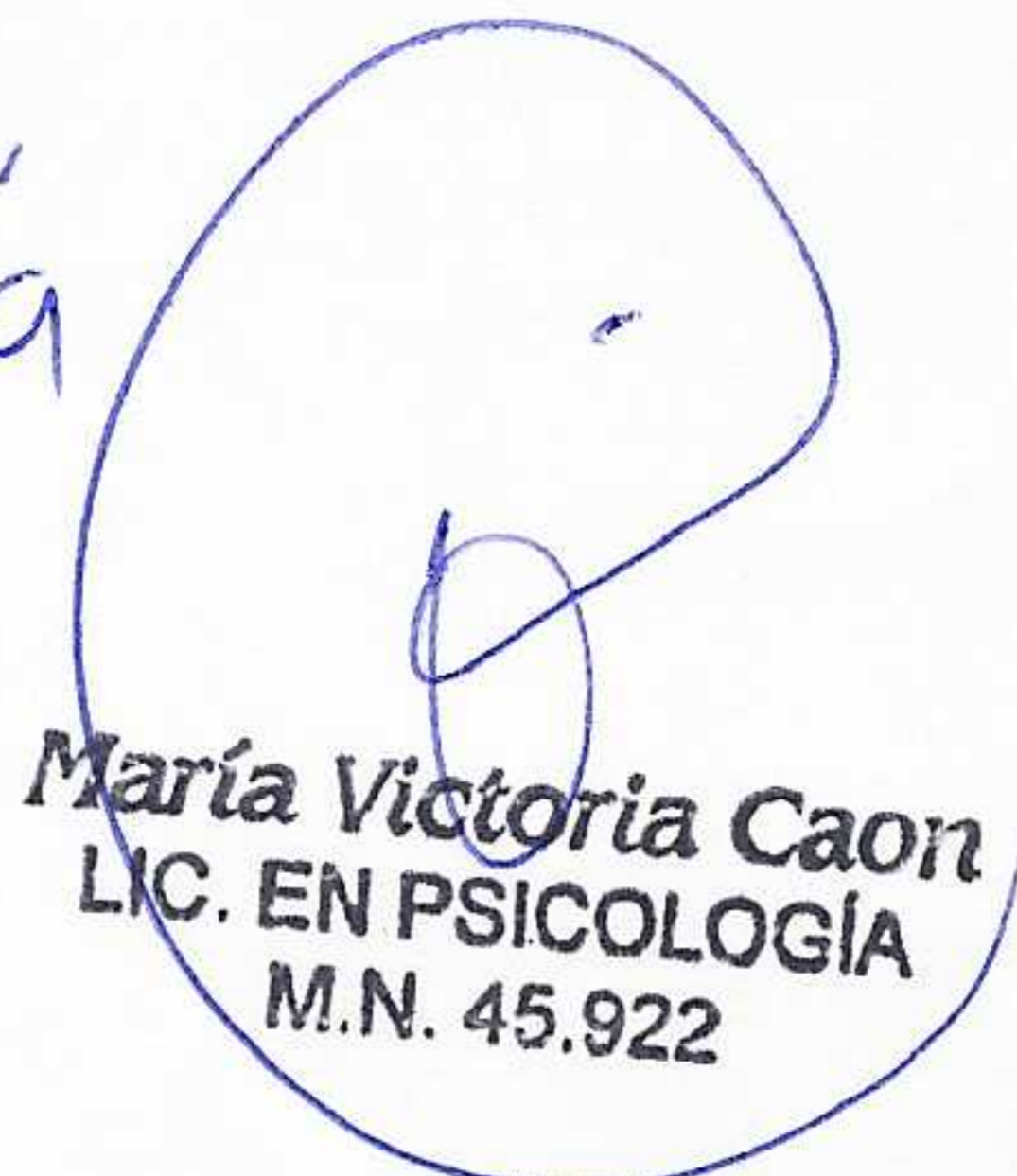
Nombre y Apellido de los Profesionales	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Caon Ma. Victoria	Psicología	2 x sem.	feb. a dic. 2026

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. <u>Psicología</u>		15 a 16		15 a 16		
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración – Sello)

Caon Ma. Victoria



PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: ULRICH  
Aclaración: ULRICH  
DNI: 26460264  
Vínculo: PADRE