

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 10 de Noviembre de 2025.-

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

mi Hija Luz Figueroa 58445618
 (Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

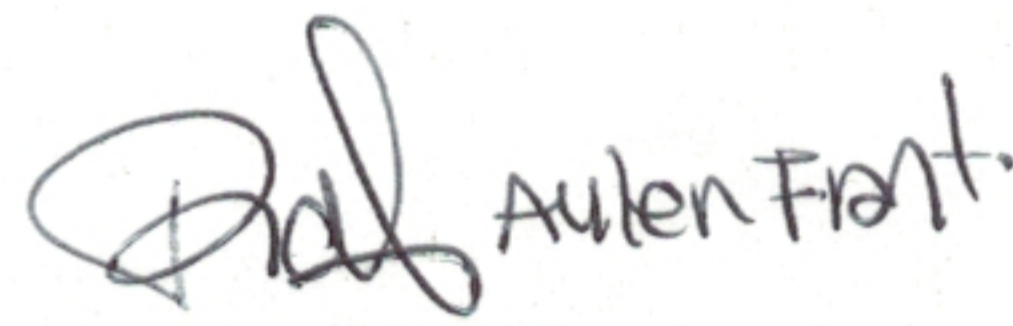
Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Aylen Frant	Fonoaudiología	8	Febrero 2026 - Dic 2026
Lucila Reina	Terapia Ocupacional	8	Febrero 2026 - Dic 2026
María Eugenia Bertoni	Psicología	4	Febrero 26 - Diciembre 26


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. Fonoaudiología		12.30 a 13.15 hs	12.30 a 13.15 hs			
Esp. Terapia Ocupacional		14.00 a 14.45 hs	14.00 a 14.45 hs			
Esp. Psicología		14.45 - 15.30				
Esp.						
Esp.						
Esp.						


PRESTADOR/ES:
 (Firma- Aclaración – Sello)


REINA, LUCILA
 Lic. En Terapia Ocupacional
 M.P. S0786-L1-F28


FIANT, AYLEN
 LIC. EN FONOAUDIOLÓGIA
 Mat. N° 448/1° - F° 13 - L. I


MARÍA EUGENIA BERTONI
 LIC. EN PSICOLOGÍA
 Mat. 1379 - F° 179 - L. 8

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: 
 Aclaración: Figueroa Facundo
 DNI: 43 645 438
 Vínculo: Padre e Hija