

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 18 de Diciembre de 2025.

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

mi..... RAMIREZ, BALTAZAR - 40.144.322
 (Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
MARIA IRENE BORGOGNO	FONOAUDIOLOGIA	12 (3 SEMANALES)	FEBRERO-DICIEMBRE 2026
LUCIANA INES INGARAMO	(TERAPISTA OCUPACIONAL)	8 (2 SEMANAL)	FEBRERO-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:
Esp. FONOAUDIOLOGIA		10 a 11	10 a 11	10 a 11		
Esp. Terapia Ocupacional		18 a 19hs		18 a 19hs		
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
 (Firma- Aclaración - Sello)

[Handwritten signatures of Irene Borgogno and Luciana Ingaramo]

Ma. Irene Borgogno
 Lic. en Fonoaudiología
 Mat. 407/1º F. 12 L. 1

LUCIANA INGARAMO
 Terapista Ocupacional
 MP S0245 L1 F6

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: *[Handwritten signature]*
 Aclaración: Ramirez Soledad
 DNI: 40.879.506
 Vínculo: Padre