

**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, 10 de 12 de 2025.-

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

mi..... Hija ..... Rivero Zoe DNI: 45.508.971 .....  
 (Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
<u>Juliana Malizia</u>	<u>Terapia Ocupacional</u>	<u>8 (ocho) mensuales</u>	<u>febrero - diciembre 2026</u>
<u>MARIANA KERN</u>	<u>PSICOLOGÍA</u>	<u>2 (dos) Semanales</u>	
		<u>8 MENSUALES / 2 SEM. FEB. A DIC. 2026</u>	

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>Terapia Ocupacional</u>		<u>18 a</u>			<u>18 a</u>	
Esp.		<u>19 hs</u>			<u>19 hs</u>	
Esp. <u>Psicología</u>	<u>9:00A 9:50</u>			<u>9:00A 9:50</u>		
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración – Sello)

JULIANA MALIZIA  
LIC. EN TERAPIA OCUPACIONAL  
MAT. R0227

Mariana Kern  
Psicóloga  
Mat. 1642

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: [Firma]  
 Aclaración: JUAN CARLOS RIVERO  
 DNI: 14.500.459  
 Vínculo: PADRE



CONSENTIMIENTO

TRANSPORTE

Santa Fe, 15 de Noviembre de 2025.

Por la presente deajo constancia y presto mi conformidad al traslado que

Siner Celia Gabriela Remis E y C  
(Razón social o nombre del prestador)

brinda a mi Hijo Rivero Joe Mario DNI 45.508.971  
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

por el periodo de Febrero a Diciembre 2026  
(Desde mes/año - hasta mes/año)

Desde San Juan 435 Maciel (Santa Fe)  
(Dirección origen)

Hasta Espora 528 Rarrio (Santa Fe)  
(Dirección destino)

Cantidad de Km diarios 146,4 mensuales 732

Dependencia: SI  NO

Cronograma de traslados: (marcar con una cruz los días de traslado)

DIAS	Lunes	Marte	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
			X			

Asimismo acepto la gestión a realizar por la OSUOMRA ante la Superintendencia de Servicios de Salud o ante el organismo que en un futuro lo reemplace, comprometiéndome a cumplimentar todos los requisitos necesarios para ese trámite.

PRESTADOR	PACIENTE O RESPONSABLE
Firma: Aclaración: Celia Gabriela Siner Sello: <b>REMIS "E y C"</b> de Celia G. Siner D.N.I.: 26.045.070	Firma: Aclaración: JUAN CARLOS RIVERO DNI: 14.500.459 Vínculo: PADRE

**CONFORMIDAD PRESTACIONAL**

Fecha: 15/11/2025

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo ..... con Documento Tipo (.....) N° ....., 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: Transporte

Prestador: Siner Celia Gabriela DNI 26045070

Período de la prestación: desde Febrero 2026 hasta Diciembre 2026

2. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

3. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

4. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Firma: [Firma]

Aclaración: JUAN CARLOS RIVERO

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:**

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de ZORHANA RIVERO

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

Firma: [Firma]

Aclaración: JOAN CARLOS RIVERO

Documento: 14.500.459