

**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, 1 de diciembre de 2025.-

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

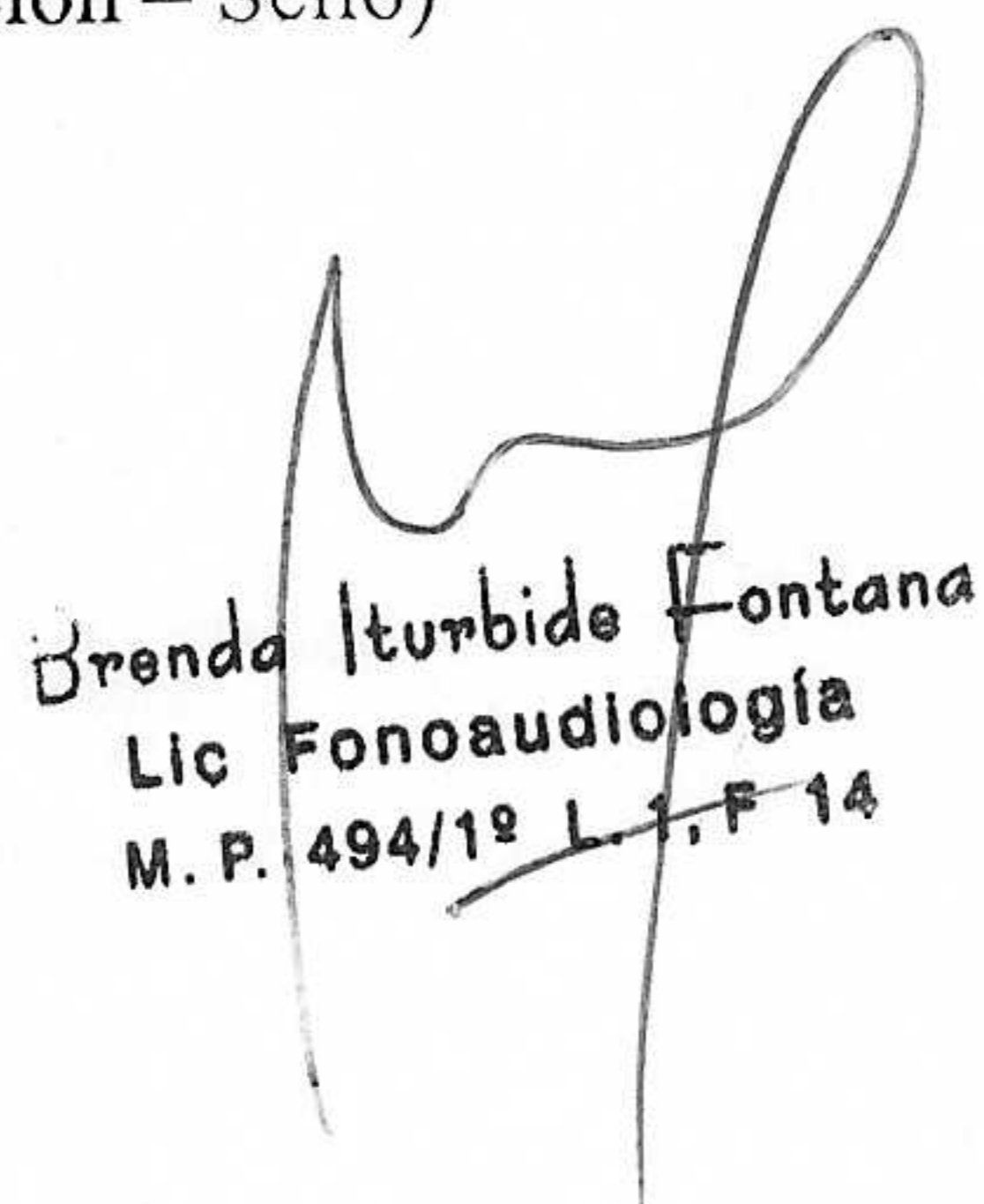
mi HIJA ..... AGOSTINA NERCA GONZALEZ 55.404.033  
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
BRENDA M. ITURBIDE FONTANA	FONO AUDILOGÍA	8	Febrero - Diciembre


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. FONOAUDILOGÍA		17:00 a 18:00		17:00 - 18:00		
Esp. PSICOPEDAGOGÍA		13 a 13:45	13 a 13:45	13 a 13:45		
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración – Sello)

  
Brenda Iturbide Fontana  
Lic Fonoaudiología  
M. P. 494/1º L. F. 14

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:   
Aclaración: Marcos Domingo Gonzalez  
DNI: 29896.949  
Vínculo: PAPÁ

**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, 1 de diciembre de 2025.-

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

mi..... nija - Gonzalez Agustina - DNI 55404033.....  
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Aldana Scarpin	Psicopedagogia	12	Febrero 2026 - 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. psicopedagogia		13hs a 13:45hs	13hs a 13:45hs	13hs a 13:45hs		
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración – Sello)

*Aldana Scarpin*

**Aldana Scarpin**  
Lic. en Psicopedagogía  
MAT: 1214 L° I F° 35

DNI: 43008942

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:

*M. Gonzalez*

Aclaración:

*maximiliano gonzalez*

DNI:

*29896,949*

Vínculo:

*PAPA*