

**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, 03 de diciembre de 2025.-

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

mi Jorge Cardoso M.S.M. 398  
 (Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Carolina Sarramona	Terapia Ocupacional	8 mensuales	febrero - diciembre 2026
VIVAS FRANCISCO	KINESIOLOGIA	12 SESIONES (120)	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. Terapia Ocupacional	12.45 hs 13 hs		12.15 a 13 hs.			
Esp. KINESIOLOGIA	12 HSA 13HS	12H-13HS		12H-13HJ		
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
 (Firma- Aclaración – Sello)

*Carolina Sarramona*  
 Carolina Sarramona

Carolina Sarramona  
 Lic. en Terapia Ocupacional  
 Mat. N°: S1078 - L° 2 - F° 8

FRANCISCO VIVAS  
 LIC. EN KINESIOLOGIA  
 Y FISIATRIA  
 Mat. N° 1608

VIVAS  
 Francisco

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:

Aclaración: *Jorge Cardoso*

DNI: 11.511.3912

Vínculo: PACIENTE