

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 22 de diciembre de 2025.-

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

mi.....

(Parentesco)

(Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
DARRAS ALDANA	PSICOLOGIA	8 (OCHO)	
MULLER YAMILA	TERAPIA OCUPACIONAL	8 (OCHO)	

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		13-14h		14-15h.		
Esp. PSICOLOGIA		18h-19h		18-19h		
Esp. PSICOPEDAGOGIA						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración – Sello)

Yamile Müller

LIC. EN PSICOLOGIA
MAT. 2901
DARRAS ALDANA.

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:

Aclaración: Acastello Cristian Juan

DNI: 26.460.297.

Vínculo: Padre