

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 30 de Diciembre de 2025.-

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

mi Hijo FERRERA BAUTISTA, DNI - 51.099.997
 (Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Ma. Virginia Hartmann	Psicopedagogía	2 x semana	febrero - diciembre 2026.
Ailén Walker	Psicología	2 x semana	febrero - diciembre 2026
Agustina Viola	Maestra de Apoyo	4 x semana	Marzo - 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. PSICOPEDAGOGÍA		15-16hr		15-16hr		
Esp. PSICOLOGÍA		17-18hr		17-18hr		
Esp. MAESTRA de Apoyo	15-17HS		15-17HS			
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
 (Firma- Aclaración - Sello)

Mario Virginia Hartmann
 Lic. en Psicopedagogía
 mat. 913
HARTMANN MARIO VIRGINIA.

Agustina Viola
AGUSTINA VIOLA

Ailén Walker
 Lic. en Psicología
 Mat. 2017
Ailén Walker

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: *Gisele Kummer*
 Aclaración: GISELE KUMMER
 DNI: 29992125
 Vínculo: MAMA'

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: 30/12/25

Apellido y nombre del beneficiario: BAUTISTA FERREYRA

Número de Afiliado: SA.099.997

Yo GISELA DANIELA KOMMER con Documento Tipo (DNI) N° 29.992.125, 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: PSICOPEDAGOGIA

Prestador: HILTMANN MARIA VIRGINIA

Período de la prestación: desde FEBRERO 2026 hasta DICIEMBRE 2026

2. Prestación: PSICOLOGIA

Prestador: WALKER ALLEN

Período de la prestación: desde ABRIL 2026 hasta DICIEMBRE 2026

3. Prestación: MAESTRA DE APOYO

Prestador: VIOLA AGUSTINA

Período de la prestación: desde MARZO 2026 hasta DICIEMBRE 2026

4. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación: desde hasta

Firma: [Firma manuscrita]

Aclaración: GISELA KOMMER

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 BAUTISTA FERREYRA

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

Firma: [Firma manuscrita]

Aclaración: GISELA KOMMER

Documento: 29.992.125