

**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, 19 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
DENISE PAPANEK	FONOAUDIOLÓGIA		FEBRERO 2026 a 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. FONOAUDIOLÓGIA			11 a 12		11 a 12	
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

**PRESTADOR/ES:**  
(Firma- Aclaración – Sello)

*Denise W. Papanek*  
Lic. en Fonoaudiología  
Mat. 4001 F. 32 L I

**PACIENTE O RESPONSABLE**

Firma: *Emiliano Zapia*

Aclaración: *Emiliano Zapia*

DNI: 75289140

Vínculo: *Padre*

**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, 12 de ENERO de 2026.-

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

mi..... HIJO ..... TAPIA LIZARDO BRUNO. DNI: 56.299.598  
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
IL. DE LOS MILAGROS GATTI	PSICÓLOGA	1. semanales (4xmes)	FEBRERO a 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. <u>PSICOLOGIA</u>		11HS A 12HS		11HS A 12HS		
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración – Sello)

  
María de los Milagros Gatti  
PSICÓLOGA  
MAT.: 2814  
  
MARIA DE LOS  
MILAGROS GATTI

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: Emiliano Zapia  
Aclaración: Emiliano Zapia  
DNI: 35289140  
Vínculo: Padre

**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, de de 2.0 .-

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

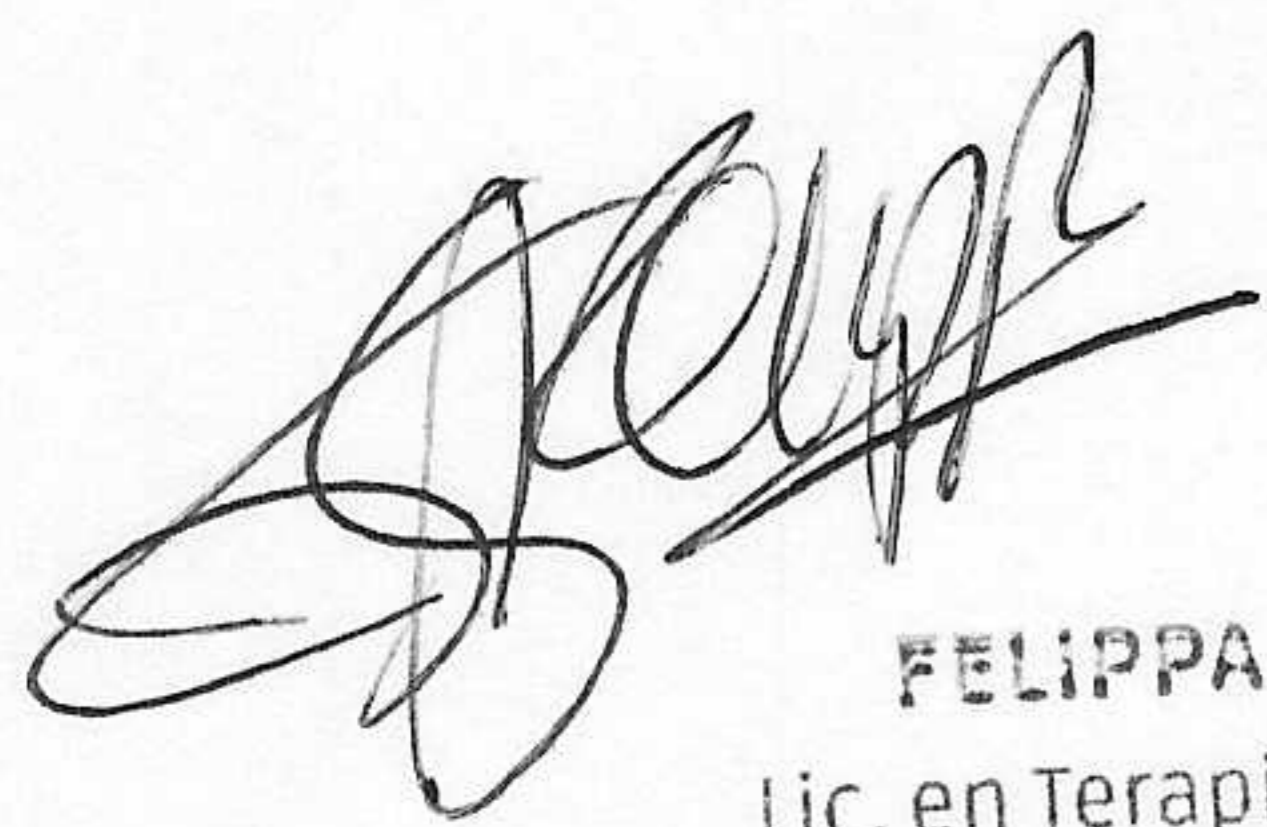
mi HUJO, TAPIA BRUNO DNI: 56299598  
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
FELIPPA GISELA	TERAPIA OCUPACIONAL	8	FEBRERO 2026 DICIEMBRE 2025

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			9:15 10:15	9:15 10:15		
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración – Sello)



FELIPPA GISELA S.  
Lic. en Terapia Ocupacional  
Mat. S 0588. L1 F20

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: Emiliano Tapia  
Aclaración: Emiliano Tapia  
DNI: 35289940  
Vínculo: Padre

**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, 19 de DICIEMBRE de 2015.

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

mi.....

(Parentesco)

(Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

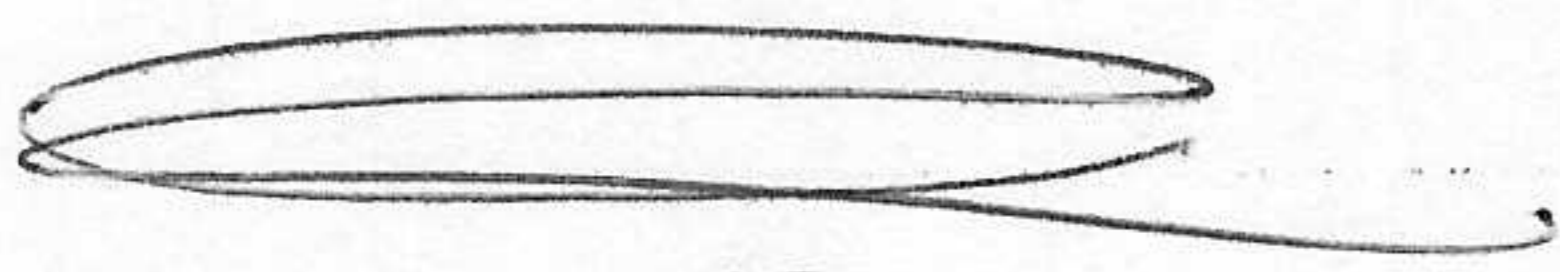
Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Nora Engler	Psicopedagoga	8 (ocho)	Febrero 2016 / Dic. 2016

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		10h / 11h	10h / 11h			
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:

(Firma- Aclaración – Sello)

  
Nora Engler

**Nora Engler**  
Lic. Psicopedagogía  
Mat. N° 93 - L° 1 - F° 3  
Magt. en Salud Mental

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: Emiliano Zapin

Aclaración: Emiliano Zapin

DNI: 35289140

Vínculo: Padre