

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 18 de DICIEMBRE de 2025.

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

mi...HIJO...GUARINO GABRIEL JESÚS - DNI 56.383.502.....
 (Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Landolt Maia Ailin	FONO AUDIÓLOGA	8	FEBRERO ²⁰²⁶ - Diciembre ²⁰²⁶
Engler Nora	PSICO PEDAGOGA	8	Febrero 2026 - Diciembre 2026
Luciz Fipoli	PSICOLOGO	4	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. Fonoaudiología			10-11:00hs	10-11:00hs		
Esp. Psicopedagogía		11:00-12:00hs	11:00-12hs			
Esp. Psicología				10-11hs		
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración - Sello)

Maia Landolt
Maia Landolt MAIA LANDOLT.
 Lic. En Fonoaudiología
 Mat. 422/1

Lucia Ines Pigoli
LUCIA INES PIGOLI
 Lic. en Psicología
 Mat. N° 1462 - F° 62 - L° 9

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: *[Firma]*
 Aclaración: **GUARINO Alfredo**
 DNI: **32860772**
 Vínculo: **Padre**

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