



CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 5 de diciembre de 2025 .-

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

mi... hijo CHAVEZ GUILLERMO
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Camila Sarmiento	Terapia Ocupacional	12 mensuales	Enero a Diciembre 2026
Analia Galizzi	Psicomotricidad	8 mensuales	Enero a Diciembre 2026
MA. BELÉN RUCCO	Fonoaudiología	8 mensuales	Enero a Diciembre 2026
MA. SOL FLORES	Psicología	4 mensuales	Enero a Diciembre 2026
MA. BELÉN CEJAS	MA. DE APOYO	16 mensuales	Marzo 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. TERAPIA OCUPACIONAL	15 A 16 HS	15 A 16 HS	15 A 16 HS			
Esp. Psicomotricidad		16 A 17 HS		15 A 16 HS		
Esp. FONOAUDIOLOGÍA	14 A 15 HS			14 A 15 HS		
Esp. Psicología				13 A 14 HS		
Esp. MAESTRA DE APOYO	13 A 14 HS	14 A 15 HS	14 A 15 HS		14 A 15 HS	
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración - Sello)

Camila Sarmiento
LIC. EN TERAPIA OCUPACIONAL
MAT. N° 50158 L°1 F° 3

María Sol Flores
LIC. EN PSICOLOGÍA
MAT. 2758

Analia Galizzi
Lic. en Psicomotricidad
MP. 269679

MARÍA BELÉN CEJAS
Profesora en Educación Especial en Sordos - Hipoacúsicos
N° Registro 10-1461
Posgrado tecnología asistiva y alternativa en comunicación aumentativa y alternativa

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:
Aclaración: CHAVEZ GUILLERMO
DNI: 33068426

RUOCCO BELÉN
Lic. en Fonoaudiología
Mat. 386/1- F° 11- L° 1