



CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 03 de Diciembre de 2.025

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

mi hija Coria Nievas Fiorella, DNI 52.566.486

(Parentesco)

(Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

..... Centro de Rehabilitación e Investigación Dr Esteban L. Maradona

(Razón social o nombre del prestador)

sito en calle
By Pellegrini 2660 Santa Fe, Capital

(Domicilio – localidad - provincia)

la
modalidad..... Centro Educativo Terapéutico - Jornada Simple - Categoría "A" - Con dependencia
(Prestación, tipo de jornada y Categoría – indicar la dependencia en caso de corresponder)


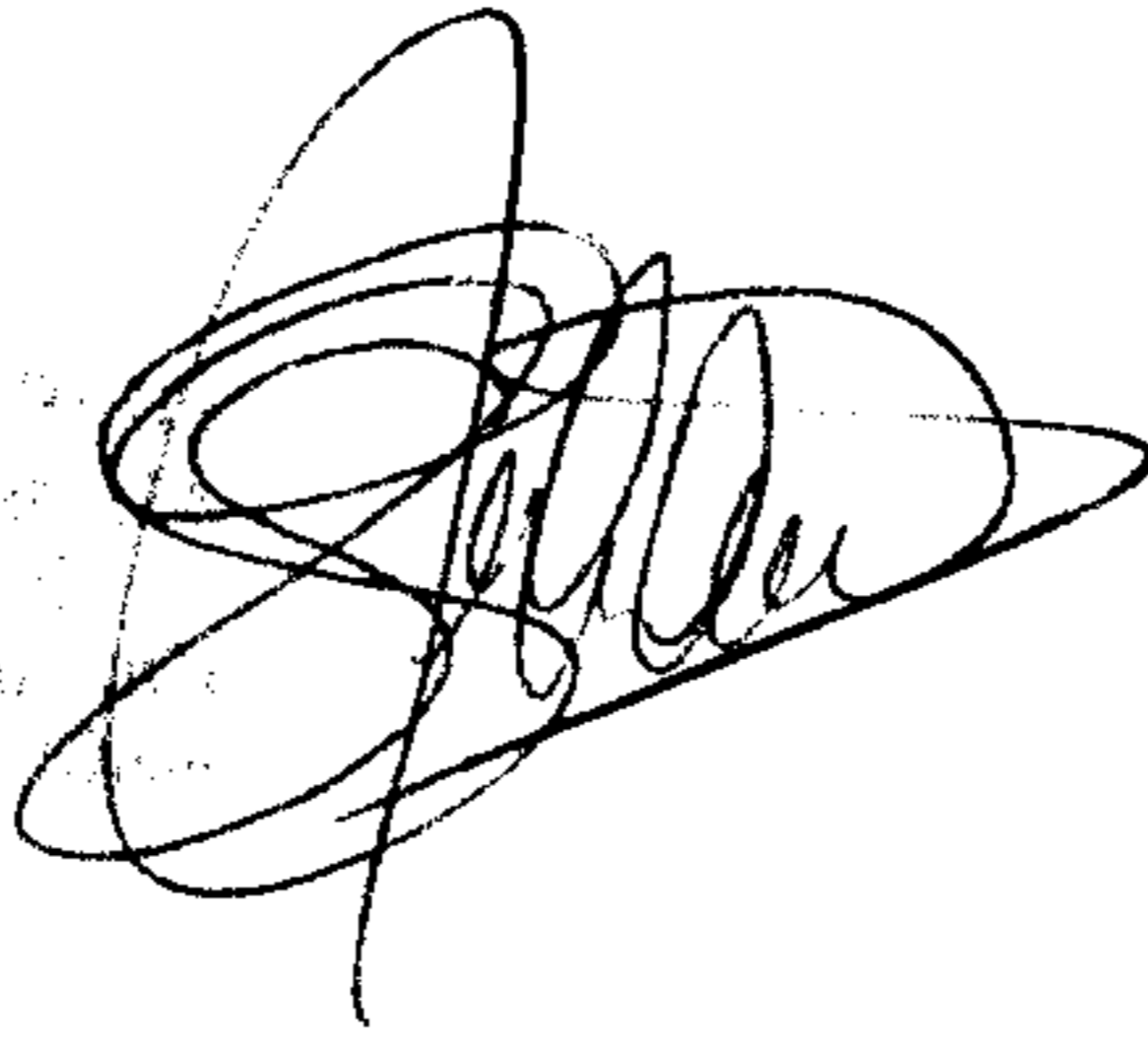
Nombre y Apellido de los Profesionales	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Centro de Rehab Dr E. L. Maradona	Centro Educ Terapéutico	Lunes a Viernes 13 a 17hs	Enero a Diciembre 2026

de acuerdo al siguiente cronograma:


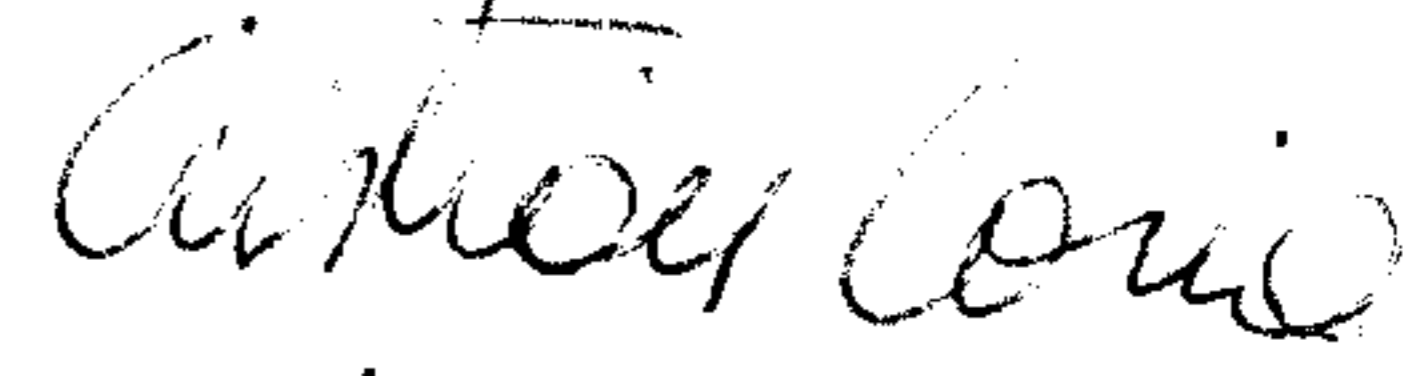
DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp. Ctro Educ. Terapéutico	13 a 17hs	13 a 17hs	13 a 17hs	13 a 17hs	13 a 17hs	
Esp.						

Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración - Sello)

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: 
Aclaración: 
DNI: 25497727
Vínculo: 