



CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 20 de Noviembre de 2025.-

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

mi hijo..... Bianchi Leonardo José - 55.650.936
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Ma. Lorena Aguilar	Maestra de Apoyo	24hs Mensuales	Marzo a Diciembre
Dianela Cian	Fonoaudiología	8 Mensuales	Febrero a Diciembre
Gabriela SENA	Psicopedagogía	8 Mensuales	Febrero a Diciembre
Ma. Virginia Lorenzón	T. Ocupacional	8 Mensuales	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. Maestra de Apoyo	13 a 15hs		13 a 15hs		13 a 15hs	
Esp. Fonoaudiología			8 a 9hs		8 a 9hs	
Esp. Psicopedagogía		11 a 12hs		11 a 12hs		
Esp. Terapia Ocupacional		10 a 11hs		10 a 11hs		
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración - Sello)

AGUILAR MARIA LORENA
Lic. en Educación Especial
para Discapacitados Intelectuales
Universidad N° 69565 2a Serie

MARIA VIRGINIA LORENZON
Lic. en Terapia Ocupacional
Mat. S0213 - L° 1 - F° 5

GABRIELA N. SENA
Lic. en Psicopedagogía
M.P. N° 787

DIANELA CIAN
Lic. en Fonoaudiología
Mat. 385/1° F° 14 L° 1

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: *[Firma]*

Aclaración: Bianchi Sergio

DNI: 22745153

Vínculo: Padre

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: 20.11.25

Apellido y nombre del beneficiario: Bianchi Conrado José

Número de Afiliado: 20 556509361 - 066 100 - 23

Yo Sergio Bianchi con Documento Tipo DND N° 22.745.153 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: Maestra de Apoyo
Prestador: Licenciada María Lorena Aguilar
Período de la prestación: desde Marzo de 2026 hasta Diciembre de 2026
2. Prestación: Fonodudiología
Prestador: Licenciada Daniela Eian
Período de la prestación: desde febrero de 2026 hasta Diciembre de 2026
3. Prestación: Psicopedagogía
Prestador: Licenciada Gabriela Natalia Seno
Período de la prestación: desde Febrero de 2026 hasta Diciembre de 2026
4. Prestación: Terapia Ocupacional
Prestador: Licenciada María Virginia Lorenzon
Período de la prestación: desde febrero de 2026 hasta Diciembre de 2026

Firma: [Firma]
Aclaración: Bianchi Sergio

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de Bianchi Conrado José

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

Firma: [Firma]
Aclaración: Bianchi Sergio
Documento: 22745153