



CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 10 de Noviembre de 2025.-

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

mi Hija Rios BOTA PILAR. 57859915
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

| Nombre y Apellido del Prestador | Especialidad | Cantidad de Sesiones | Periodo Desde - hasta |
|---------------------------------|---------------------|----------------------|-----------------------|
| Aylen Fratt | Fonología | 8 | Feb. 2026 - Dic. 2026 |
| Lucila Reina | Terapia Ocupacional | 8 | Feb. 2026 - Dic. 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. Fonología | | 9.00 a 9.45hs | 9.00 a 9.45hs | | | |
| Esp. Terapia Ocupacional | | 10.30 a 11.15hs | 10.30 a 11.15hs | | | |
| Esp. | | | | | | |
| Esp. | | | | | | |
| Esp. | | | | | | |
| Esp. | | | | | | |

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración - Sello)

Aylen Fratt

FIANT, AYLEN
LIC. EN FONOAUDILOGÍA
Mat. N° 448/1° - F° 13 - L. I

Lucila Reina

LUCILA T. REINA
LIC. EN TERAPIA OCUPACIONAL
Mat. 50786 F° 28 L. 1

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: *Marilago Brisa*

Aclaración: *Marilago Brisa*

DNI: *44.602.277*