

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 07 de Enero de 2026

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

mi HIJO SOLIS OJEA LAUTARO E. DNI: 48.069.555
 (Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
GIACONE PAOLA	PSICOLOGIA	2 SEMANALES 8 MENSUALES	FEBRERO - DICIEMBRE 2026
SPIES BETIANA	PSICOPEDAGOGIA	2 SEMANALES 8 MENSUALES	FEBRERO - DICIEMBRE 2026
MALIZIA JULIANA	TERAPIA OCUPACIONAL	2 SEMANALES 8 MENSUALES	FEBRERO - DICIEMBRE 2026
RUIZ DIAZ MAGALI	FONOAUDIOLOGIA	2 SEMANALES 8 MENSUALES	FEBRERO - 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. PSICOLOGIA	8:00 - 8:45		8:15 - 9:00			
Esp. PSICOPEDAGOGIA	9:30 - 10:15		9:00 - 9:45			
Esp. TERAPIA OCUPACIONAL		8:15 - 9:00		8:15 - 9:00		
Esp. FONOAUDIOLOGIA	8:45 - 9:30		9:45 - 10:30			
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:

(Firma- Aclaración - Sello)

Paola Giacone
 Lic. en Psicología
 Mat. 7146

Soledad Spies
 PSICOPEDAGOGA
 MAT. 356

Betiana Soledad Spies
 PSICOPEDAGOGA
 MAT. 356

JULIANA MALIZIA
 LIC. EN TERAPIA OCUPACIONAL
 MAT. R0227

Magali Ruiz Diaz
 LIC. EN FONOAUDIOLOGIA
 Mat. 370 / 1° F° 10 LT

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:

J. E. Solis

Aclaración:

Jorge E. Solis

DNI:

24.146.260

Vínculo:

PADRE