

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 23 de DICIEMBRE de 2025.-

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

mi HIJA OJEDA JULIETA - 70126252
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
VALENTINA LIS REY	KINESIOLOGÍA	3 SEM 12 MENS.	FEBRERO - DICIEMBRE
MÜLLER ANTONELA	FONOAUDILOGÍA	2 SEM 8 MENS.	FEBRERO - DICIEMBRE
YAMILA MÜLLER	TERAPIA OCUPACIONAL	2 SEM 8 MENS.	FEBRERO - 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. KINESIOLOGÍA		9 a 10hs		14hs a 15hs	9hs a 10hs.	
Esp. FONOAUDILOGÍA		10hs a 11hs	14hs a 15hs			
Esp. TERAPIA OCUPACIONAL			13hs a 14hs	13hs a 14hs		
Esp.						
Esp.						
Esp.						


PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración - Sello)


VALENTINA LIS REY
Lic. Kinesiología y Fisioterapia
Matrícula N°769


Antonela Müller
Lic. en Fonoaudiología
MP 289/1 F. 9 L.1


Yamila Müller
Lic. en Terapia Ocupacional
Mat. S0292 - L. 1 - F. 8

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: 
Aclaración: Juan Pablo Jpado
DNI: 40920937
Vínculo: Padre