

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 05 de diciembre de 2025

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

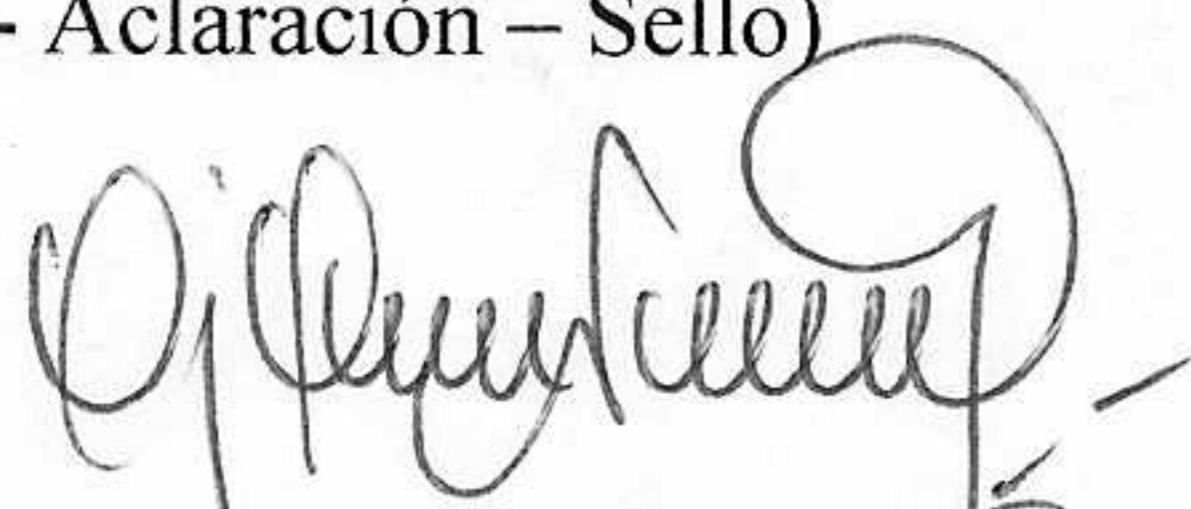
mi hijo Agustin C. E. Cáceres
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Noelia Ojeda Oronales	Psicopedagogía	16 x mes (4 semanales)	15.01.26 / 31.12.26

de acuerdo al siguiente cronograma:

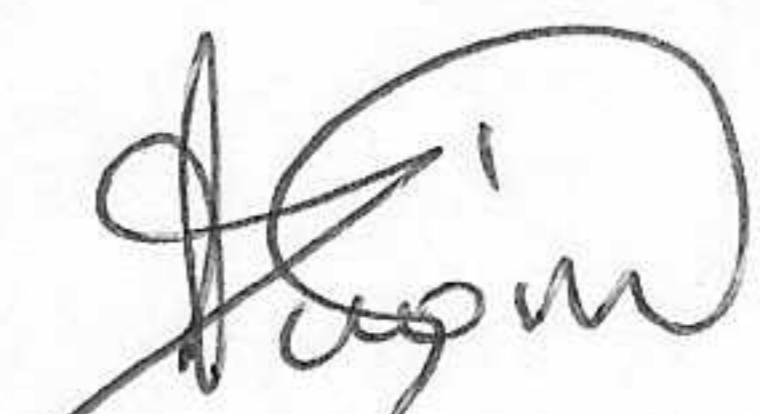
DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp. Psicopedagogía	17 ³⁰ - 18 ¹⁵	15 ¹⁵ - 16 ⁰⁰		17 ³⁰ - 18 ¹⁵	15 ¹⁵ - 16 ⁰⁰	
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración – Sello)


Noelia Ojeda Oronales

Noelia Ojeda Oronales
LIC. EN PSICOPEDAGOGÍA
M. P. 730 - L. I - Fº 21

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: 
Aclaración: Duran micaela
DNI: 34474088
Vínculo: madre.