

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 Hijo VALENTIN LÓPEZ URRUTIA 58088561

(Parentesco)

(Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Aylen Fiant	Fonocuidado	8	Feb 2026 a Dic 2026
Lucila Reina	Terapia Ocupacional	8	Feb. 2026 a Dic 2026
Figoli Walz	Psicología	4	Febrero a Diciembre

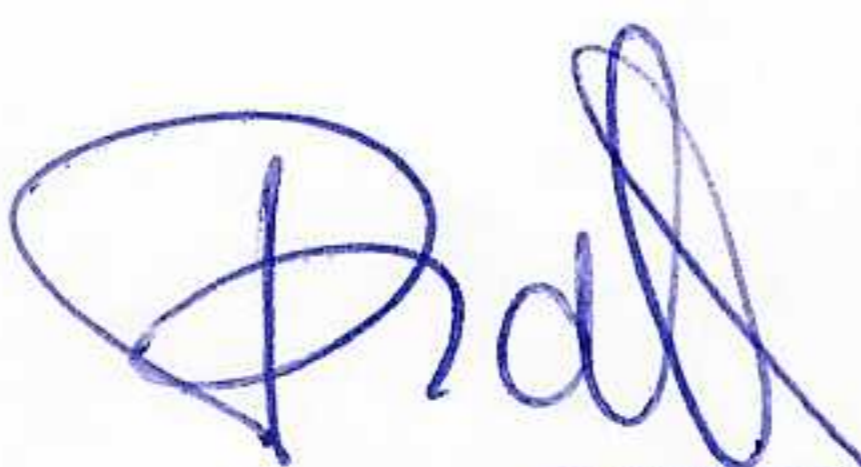
de acuerdo al siguiente cronograma:


DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp. Fonocuidado		14.45 a 15.30hs	14.45 a 15.30hs			
Esp. Terapia Ocupacional		16.45 a 17.30hs	16.45 a 17.30hs			
Esp. Psicología					12-13hs	
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:

(Firma, Aclaración – Sello)


REINA, LUCILA
 Lic. En Terapia Ocupacional
 M.P. S0786-L1-F28


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


LUCILA INES FIGOLI
 Lic. en Psicología
 Mat. N° 1402 - F° 62 - L° 9

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: 
 Aclaración: **FLORENCIA A. LÓPEZ**
 DNI: **35468851**
 Vínculo: **MAMA'**