

**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 EMMANUEL LÓPEZ URRUTIA 58088562  
 (Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

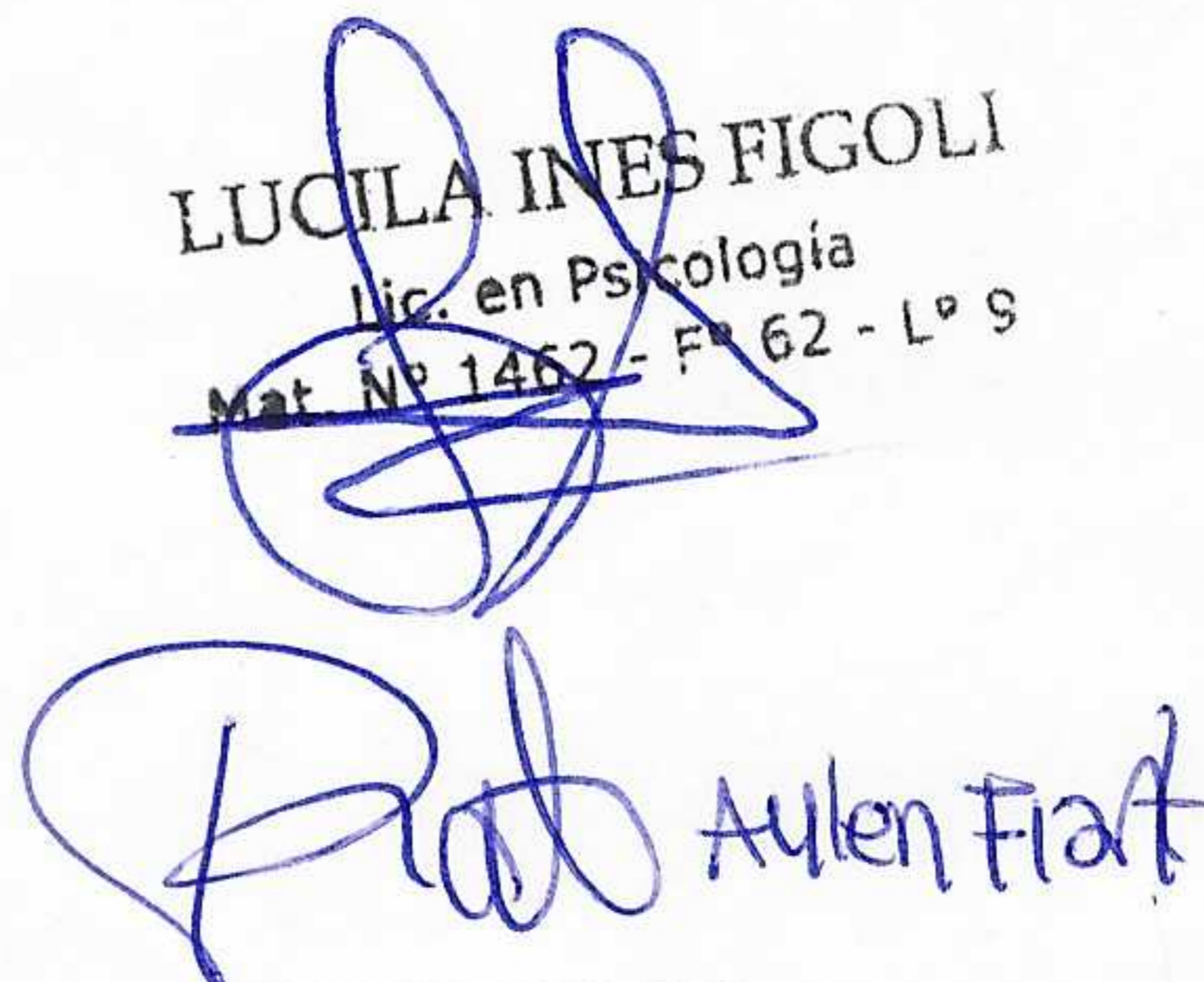
Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Período Desde - hasta
Aylen Fiant	Fonocardiología	8	Feb 2026 a Dic 2026
Lucila Reina	Terapia Ocupacional	8	Feb. 2026 a Dic. 2026
Lucila Figoli	Psicología	4	Febrero a Diciembre.

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. Fonocardiología.		14.00 a 14.45hs	14.00 a 14.45hs			
Esp. Terapia Ocupacional		16.00 a 16.45hs	16.00 a 16.45hs			
Esp. Psicología					13 - 14hs	
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

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:   
 Aclaración: FLORENCIA A. LÓPEZ  
 DNI: 35468851  
 Vínculo: TIA MAMÁ