

**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, 02 de diciembre de 2025.-

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

mi Alejandra Britos DNI 20.822.693  
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Carolina Saramona	Terapia Ocupacional	4 mensuales	Febrero - diciembre 2026
STEINBERG FEDERICO	KINESIOLOGIA	4 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. Terapia Ocupacional		12.45 a 13.30				
Esp. KINESIOLOGIA					77 A 72HS.	
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración – Sello)

*Carolina Saramona*  
Carolina Saramona

Carolina Saramona  
Lic. en Terapia Ocupacional  
Mat. N°: S1078 - L° 2 - F° 8

*STEINBERG FEDERICO*  
STEINBERG FEDERICO  
LIC. EN KINESIOLOGÍA  
Y FISIATRÍA  
Mat. 1303

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: *Maria*  
Aclaración: MARIA ALEJANDRA BRITOS  
DNI: 20.822.693.  
Vínculo: