



**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, 28 de Noviembre de 2025.-

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

mi.....Hijo.....EDREIRA, Lucas - DNI 39631126.....  
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

.....HUMANITAS SRL.....  
(Razón social o nombre del prestador)

sito en calle .....AV FREYRE 2954.....  
(Domicilio - localidad - provincia)

la modalidad.....CENTRO DE DIA JORNADA SIMPLE DE LUNES A VIERNES.....  
(Prestación, tipo de jornada y Categoría - indicar la dependencia en caso de corresponder)

Nombre y Apellido de los Profesionales	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
HUMANITAS SRL	Centro de Dia	Lunes a Viernes	Enero - 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:
Centro de Dia	14:30 a 18:30	14:30 a 18:30	14:30 a 18:30	14:30 a 18:30	14:30 a 18:30	-
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración - Sello)

Lic. en T.O. Ma. ALEJANDRA LORIO  
DIRECTORA TÉCNICA  
"FREYRE" Centro de Día

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:

Aclaración: Carlos Juan

DNI: 22 168 568

Vínculo: Padre