



CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 12 de Febrero de 2026-

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

mi Hijo Alexander Davila
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Echevarria Fabiana	Psicología	2 Semanas	Marzo - Dic 2026
Rossi Mariana	T. Ocupacional	2 Semanas	Marzo - Dic 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. Psicología		18-19		18-19		
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración - Sello)

ECHEVARRIA FABIANA
LIC. EN PSICOLOGIA
M° 2201

Mariana V. Rossi
LIC. EN TERAPIA OCUPACIONAL
MAT. N° 50209 - L° 1 - F° 5

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:

Aclaración: x Carla Davila

DNI: x 34807769