

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 30 de diciembre de 2025.-

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

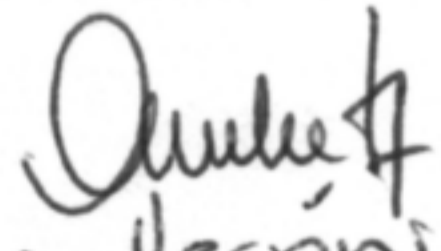
mi... esposa, Alexis Belén Zubler, DNI 32.930.362
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Verónica Amherdt	Terapia ocupac	3 x semana	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 ocupac.	10 a 11 hs		10 a 11 hs	10 a 11 hs		
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración – Sello)


Lic. Verónica Amherdt

Verónica Amherdt
Lic. en Terapia Ocupacional
Mat : S0856

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:



Aclaración:

Diego A. Arnold

DNI:

27.044.471

Vínculo:

MARIDO

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 30 de diciembre de 2025.-

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

mi esposa, Alexis Belen Zubler DNI 32.930.362
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Cheirano Camila	Kinesiología	3 x semana	Febrero 2026 - 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. <u>Kinesiología</u>		<u>16 a 17h</u>		<u>16 a 17h</u>	<u>10 a 11h</u>	
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración – Sello)

Cheirano Camila
Lic. en Kinesiología
MP 1396 F 397. LIV.
Cheirano, Camila

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: [Firma]
Aclaración: Diego A. Arnold
DNI: 27.044.471
Vínculo: MARIDO