

**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, 07 de Enero de 2026

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

mi..... Hijo ..... SOLIS OJEA LAUTARO E. DNI: 48.065.555  
 (Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
GIACONE PAOLA	PSICOLOGIA	2 SEMANALES 8 MENSUALES	FEBRERO - DICIEMBRE 2026
SPIES BETIANA	PSICOPEDAGOGIA	2 SEMANALES 8 MENSUALES	FEBRERO - DICIEMBRE 2026
MALIZIA JULIANA	TERAPIA OCUPACIONAL	2 SEMANALES 8 MENSUALES	FEBRERO - DICIEMBRE 2026
RUIZ DIAZ MAGALI	FONOAUDIOLOGIA	2 SEMANALES 8 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. <u>PSICOLOGIA</u>	8:00-8:45		8:15-9:00			
Esp. <u>PSICOPEDAGOGIA</u>	9:30-10:15		9:00-9:45			
Esp. <u>TERAPIA OCUPACIONAL</u>		8:15-9:00		8:15-9:00		
Esp. <u>FONOAUDIOLOGIA</u>	8:45-9:30		9:45-10:30			
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración - Sello)

*Paola Giaccone*  
 Lic. en Psicología  
 Mat. 7146

*Betiana Soledad Spies*  
 PSICOPEDAGOGA  
 MAT. 356

*Betiana Soledad Spies*  
 PSICOPEDAGOGA  
 MAT. 356

*Juliana Malizia*  
 LIC. EN TERAPIA OCUPACIONAL  
 MAT. R0227

*Magali Ruiz Diaz*  
 LIC. EN FONOAUDIOLOGIA  
 Mat. 320 / 1° F° 10 L° 1

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: *Jorge E. Solis*  
 Aclaración: *Jorge E. Solis*  
 DNI: 24 146 240  
 Vínculo: PADRE