

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 17 de FEBRERO de 2026.-

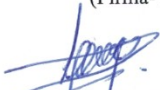
Por la presente dejo constancia y presto mi conformidad al plan de tratamiento que brinda/n a

mi HIJA MONZON LENCINA YAIZA DNI 53621740
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
LESTUSSI CAROLINA	KINESIOLOGIA	12 SESIONES MENSUALES	MARZO - MAYO 2026
IMHOFF CECILIA	TERAPIA OCUPACIONAL	4 SESIONES MENSUALES	MARZO - MAYO 2026
ESCHOYEZ Ma DE LOS ANGELES	FONOAUDIOLOGIA	4 SESIONES MENSUALES	MARZO - MAYO 2026
ULLA FLORENCIA	PSICOLOGIA	4 SESIONES MENSUALES	MARZO- MAYO 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. KINESIOLOGIA		14 a 15 hs	14 a 15 hs	14 a 15 hs		
Esp. TERAPIA OCUPACIONAL			15 a 16 hs			
Esp. FONOAUDIOLOGIA	15 a 16 hs					
Esp. PSICOLOGIA		15 a 15:45 hs				
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración – Sello)


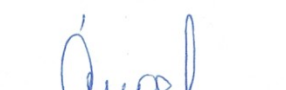
Carolina Lestussi

LESTUSSI CAROLINA
LIC. KINESIOLOGÍA y FISIATRÍA
Mat. 1105 F° 137 L° 4



Cecilia M. Imhoff

Lic. en Terapia Ocupacional
M. S 0278 L° 1 F° 7



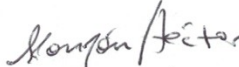
Ma. de los Angeles Eschoyez

LIC. EN FONOAUDIOLOGIA
Mat. N°206 F° P6 L1



Florencia Ulla
Lic. en Psicología
Mat. N° 2382

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: 

Aclaración: Hector Monzon

DNI: 28240962

Vínculo: HIJA