



**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, 5 de DICIEMBRE de 2025.

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

mi..... HIJA MALAYKA MARIA DIAZ 59710316 .....  
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
BUCCA DAIANA	KINESIOLOGIA	3 SEMANALES / 12 MENSUALES	FEBRERO / DICIEMBRE 2026
CERRUTTI LORENA	TERAPIA OCUPACIONAL	2 SEMANALES / 8 MENSUALES	FEBRERO / DICIEMBRE 2026
IARA SIVERA	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. KINESIOLOGIA		18 A 19		10 A 11	18 A 19	
Esp. TERAPIA OCUPACIONAL		15 <sup>30</sup> A 16 <sup>30</sup>	15 <sup>30</sup> A 16 <sup>30</sup>			
Esp. FONOAUDIOLOGIA		9 <sup>00</sup> A 10 <sup>00</sup>	9 <sup>00</sup> A 10 <sup>00</sup>		9 <sup>00</sup> A 10 <sup>00</sup>	
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración - Sello)

*Bucca Daiana*  
Lic. Kinesología y Fisioterapia  
MP 1222

*Lorena Cerrutti*  
Cerrutti Lorena C.  
Lic. en Terapia Ocupacional  
Mat. N° 5 130 L° 1 - F° 2

*Iara Lucía Sivera*  
IARA LUCIA SIVERA  
LIC. EN FONOAUDIOLOGIA  
MAT. N° 42/11 - F 12 - L1

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: *Gabriela Kudon*

Aclaración: *Gabriela Kudon*

DNI: 34885157

BUCCA DAIANA  
34.329.596