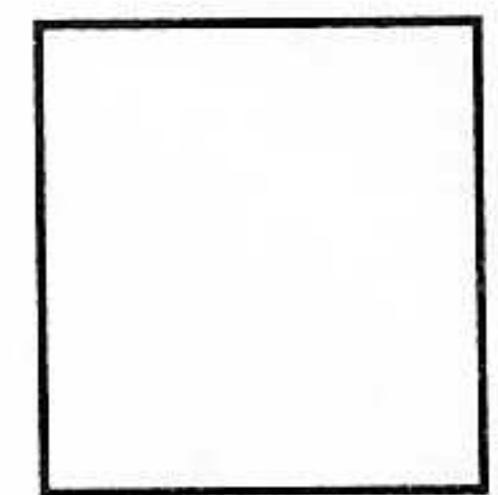


Yañza



CONSENTIMIENTO

Santa Fe, de de 2.0 .-

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

mi hija - MONZON YAIZA - 53621740
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Cecilia Imhoff	Lic. en Terap. Ocup.	4 mensuales	Febrero - Diciembre 2025
Ma. de los Angeles Eschoyeyz	Lic. en Fonaudiol.	4 mensuales	Febrero - Diciembre 2025
Lestusi, Carolina	Lic. en Kinesología	8 mensuales	Febrero - Diciembre 2025
Florencia Ulla	Psicología	8 mensuales	Febrero - Diciembre 2025

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 Ocupacional			15 a 16			
Esp. Fonaudiología	15 ¹⁵ a 16 ¹⁵					
Esp. Kinesología		14 a 14 ⁴⁵		14 a 14 ⁴⁵		
Esp. Psicología		15:45 - 16:30		15:45 - 16:30		
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración - Sello)

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

Ma. de los Angeles Eschoyeyz
LIC. EN FONOAUDIOLÓGIA
Mat. N° 206/1 P° 6 L1

FLORENCIA ULLA
LIC. EN PSICOLOGÍA
MAT. 2382

LESTUSI CAROLINA
LIC. EN KINESOLOGÍA y FISIATRÍA
MAT. 1106 P° 107 L° 4

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:
Aclaración: Monzón Heist A
DNI: 28.240.962