

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 10 de Noviembre de 2025.-

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


mi HISA PILAR CANDIARIA GARECA DNI 59447841
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)


Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Aylen Fiant	Fonocardiología	8	Feb. 2026 - Dic. 2026
Lucila Reina	Terapia Ocupacional	8	Feb. 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. Fonocardiología		15.30 a 16.15h	15.30 a 16.15h			
Esp. Terapia Ocupacional		17.30 a 18.15h	17.30 a 18.15h			
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración – Sello)


REINA, LUCILA
Lic. En Terapia Ocupacional
M.P. S0786-L1-F28

 Aylen Fiant.
FIANT, AYLEN
LIC. EN FONOAUDIOLOGÍA
Mat. N° 448/1° - F° 13 - L. I

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: 
Aclaración: GARECA PABLO
DNI: 93058802
Vínculo: PADRE