

**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, 12 de noviembre de 2025

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

mi hijo ..... Giovanni Lopez DNI 58325194 .....  
 (Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

| Nombre y Apellido del Prestador | Especialidad        | Cantidad de Sesiones | Periodo Desde - hasta    |
|---------------------------------|---------------------|----------------------|--------------------------|
| Mehaud Federica                 | Kinesología         | 2 (dos)              | Febrero a diciembre 2026 |
| Ma. Alejandra Cian              | Fonoaudiología      | 2 (dos)              | Febrero a diciembre 2026 |
| Andrea Marchetti                | Terapia Ocupacional | 2 (dos)              | Febrero a diciembre 2026 |
| Luciana Riveros                 | Maestra Apoyo       | 6 HS semanales       | Marzo a 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. Kinesología         | 16 a 16:45  |               | 16 a 16:45      |               |               |              |
| Esp. terapia Ocupacional |             | 15:15 a 16:00 |                 | 15:15 a 16:00 |               |              |
| Esp. Fonoaudiología      |             | 16:00 a 16:45 |                 | 16:00 a 16:45 |               |              |
| Esp. Maestra Apoyo       |             | 10 a 12       |                 | 10 a 12       | 10 a 12       |              |
| Esp.                     |             |               |                 |               |               |              |
| Esp.                     |             |               |                 |               |               |              |

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración - Sello)

*[Firma]*  
 Ma. Alejandra Cian  
 Lic. en Fonoaudiología  
 Mat. N° 223/1

*[Firma]*  
 ANDREA PAOLA MARCHETTI  
 Lic. en Terapia Ocupacional  
 Mat. Prof. N° 228 - F° 5 - L° 1

*[Firma]*  
**MEHAUD FEDERICA**  
 Lic. en Kinesiología y Fisiatría  
 Mat. N° 1788

*[Firma]*  
 LUCIANA RIVEROS  
 Lic. en Psicopedagogía  
 Mat. 1209 - L° 1 - F° 34

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: *[Firma]*  
 Aclaración: MILENA CORGNIALI  
 DNI: 43843004  
 Vínculo: MAMA

**CONFORMIDAD PRESTACIONAL**

Fecha: 12/11/25

Apellido y nombre del beneficiario: Szoger Giovanni

Número de Afiliado:

Yo Bruno Szoger con

Documento Tipo (DUE) N° 43578700, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. **Prestación:** Kineciología

Prestador: Mehaud Fedenza

Período de la prestación: desde Febrero 2026 hasta diciembre 2026

2. **Prestación:** Fonoaudiología

Prestador: M2. Alejandra Curi

Período de la prestación: desde Febrero 2026 hasta diciembre 2026

3. **Prestación:** Terapia Ocupacional

Prestador: Andrea Macchetti

Período de la prestación: desde Febrero 2026 hasta diciembre 2026

4. **Prestación:** Muestra de abito

Prestador: Luziana Ziveros

Período de la prestación: desde Marzo 2026 hasta diciembre 2026

Firma: .....

Aclaración: .....

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de Giovanni Szoger

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma: Milena

Aclaración: MILENA CORGNALI

Documento: 43843004