



CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 28 de Noviembre de 2.025.-

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

mi.....Hija..... SOLIS, Antonella Florencia - DNI 44.917.311.....
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

.....HUMANITAS SRL.....
(Razón social o nombre del prestador)

sito en calleAV FREYRE 2954.....
(Domicilio – localidad - provincia)

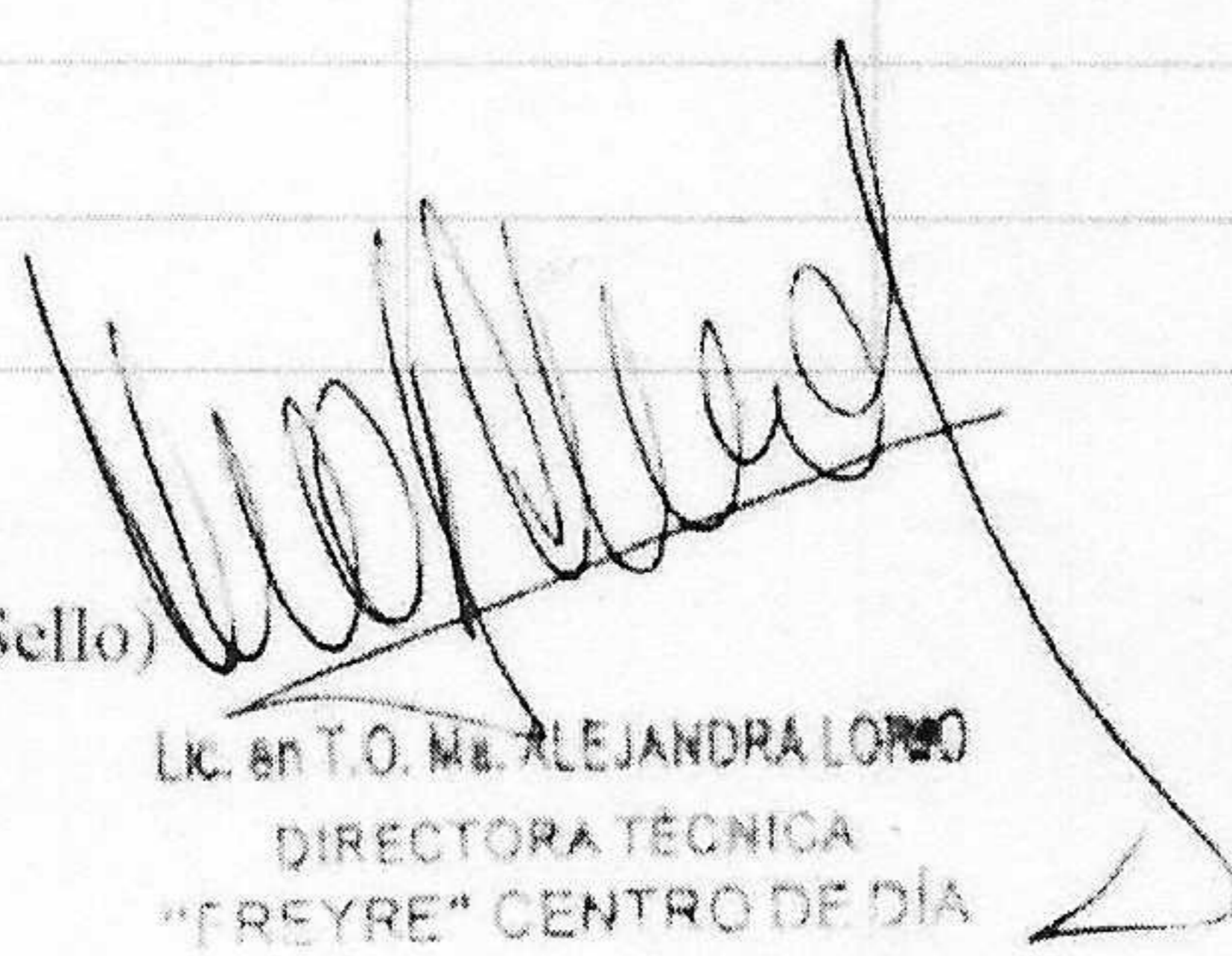
la modalidad.....CENTRO DE DIA JORNADA DOBLE DE LUNES A VIERNES.....
(Prestación, tipo de jornada y Categoría – indicar la dependencia en caso de corresponder)

Nombre y Apellido de los Profesionales	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
HUMANITAS SRL	Centro de Dia	Lunes a Viernes	Enero – 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:
Centro de Dia	11:30 a 18:30	11:30 a 18:30	11:30 a 18:30	11:30 a 18:30	11:30 a 18:30	-
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

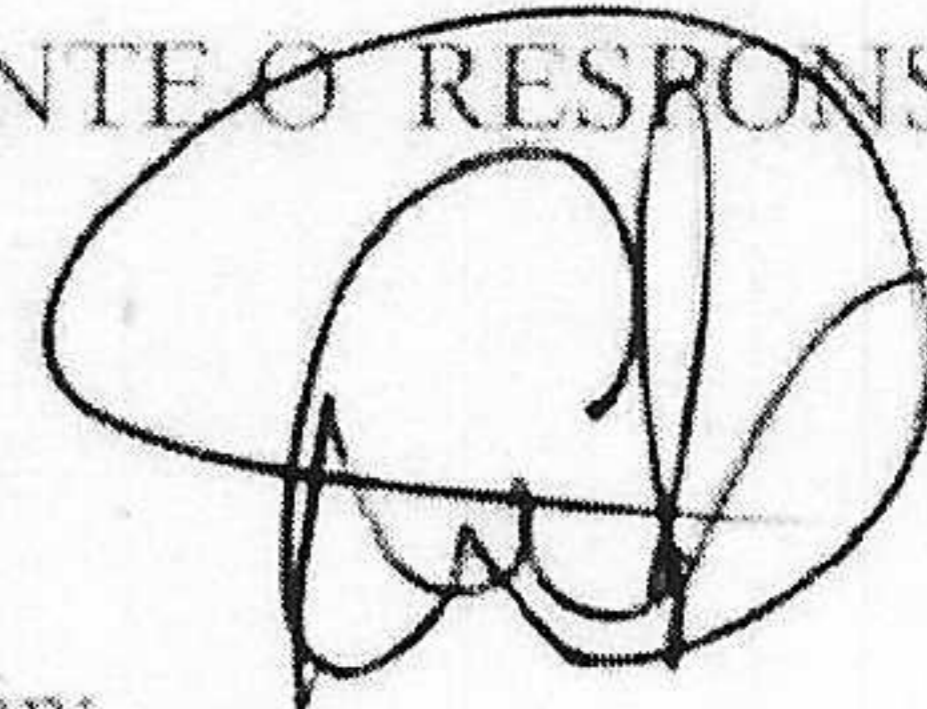
PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración – Sello)



LIC. EN T.O. M.B. ALEJANDRA LONDO
DIRECTORA TÉCNICA
"FREYRE" CENTRO DE DÍA

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:



Aclaración:

CAROLINA MONTAÑA

DNI:

28 439 6 77

Vínculo:

MADRE

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 10 de diciembre de 2026-

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

mi.....
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

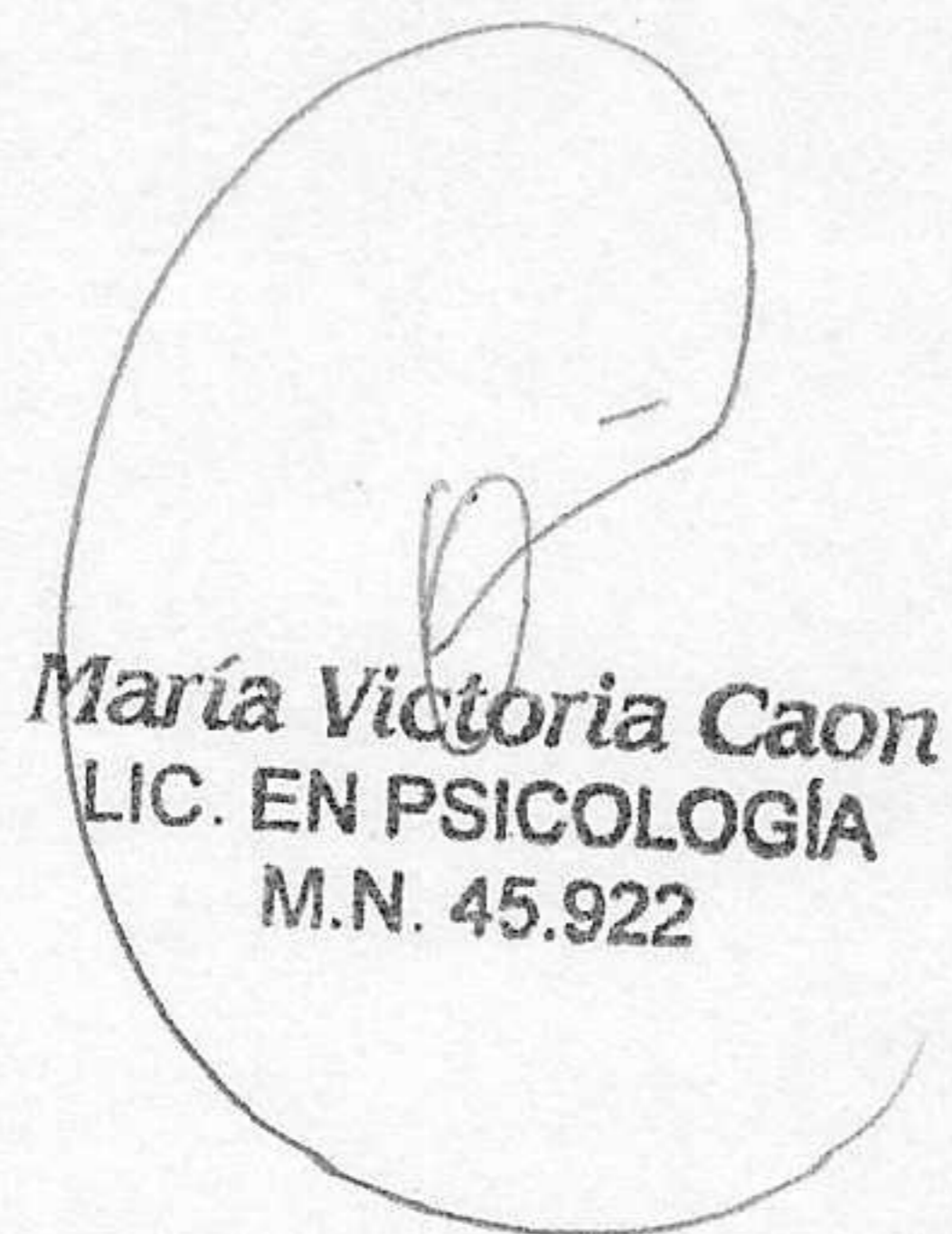
Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Caon Ma. Victoria	Psicología	2x sem.	Feb. a Dic. 2026

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. Psicología		11 a 12		11 a 12		
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración – Sello)

Caon Maria Victoria


María Victoria Caon
LIC. EN PSICOLOGÍA
M.N. 45.922

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:

Aclaración: Matias Solis

DNI: 26.395.566

Vínculo: PADRE

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 15 de Diciembre de 2025

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

mi.....

(Parentesco)

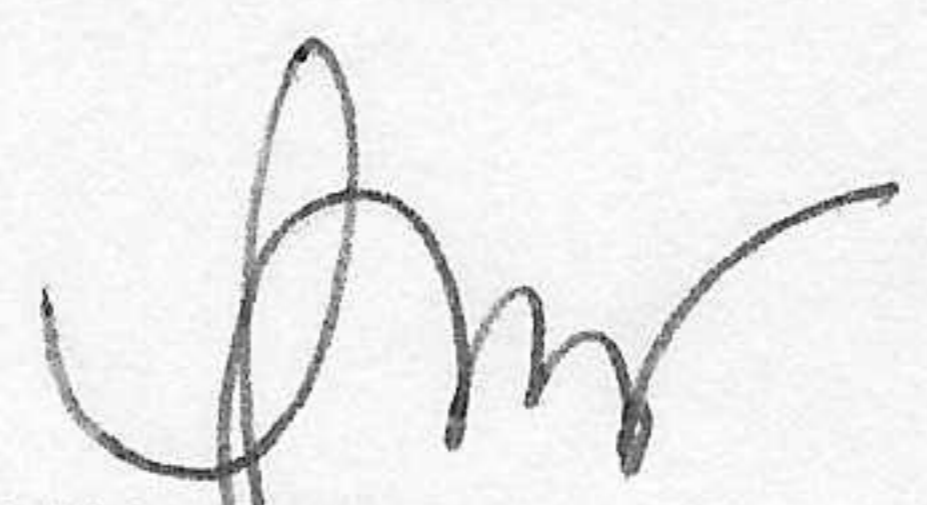
(Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Veronica Volencia	Terapia Ocupacional	8 (ocho) (2 por semana)	1/2 al 30/12/2026.

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.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración – Sello)


VALERIA VENICA
LIC. EN TERAPIA OCUPACIONAL
Mat. N° S0243 - F° 6 - L. 1

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:

Aclaración:


Matias Solis

DNI: 26.395.566

Vínculo: PADRE