

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: 3./12./2025

Apellido y nombre del beneficiario: ROMERO ADRIANA

Número de Afiliado: 27.473.035

Yo MIGUEL ANGEL GOMEZ DA SILVA con

Documento Tipo (DNI) N° 13.840.033, 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: Kinesiología

Prestador: Gallard Ivona

Período de la prestación: desde febrero 2026 hasta Diciembre 2026

2. Prestación: Psicología

Prestador: Dean Rocio

Período de la prestación: desde febrero 2026 hasta Diciembre 2026

3. Prestación: Fonaudiología

Prestador: Cian Maria Alejandra

Período de la prestación: desde febrero 2026 hasta Diciembre 2026

4. Prestación: Terapia Ocupacional

Prestador: Tofful Yanina

Período de la prestación: desde febrero 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 Romero Adriane

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

Firma: [Firma]

Aclaración: GOMEZ DA SILVA MIGUEL

Documento: 13.840.033

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 03 de Diciembre de 2025

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

mi... Esposa - Romero Adriana - 17.473.035
 (Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
IVANA GALLARD	Kinesiología	3 (Tres)	Febrero-Diciembre 2026
Rocio Dean	Psicología	1 (Una)	Febrero-Diciembre 2026
Ma. Alejandra Cian	Fonoaudiología	2 (dos)	Febrero-Diciembre 2026
Yanina Tofful	Terapia ocupacional	2 (dos)	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. Kinesiología	16 a 17hs			16 a 17hs	16 a 17hs	
Esp. Psicología			16 a 17hs			
Esp. Fonoaudiología		15 a 16hs		15 a 16hs		
Esp. Terapia ocupacional		16 a 17hs			17 a 18hs	
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración - Sello)

Yanina Tofful
 Lic. en Terapia Ocupacional
 Matrícula N° 50197

Rocio Dean
 Lic. en Psicología
 Mat. 1210

Ivanna Gallard
 IVANA JESICA GALLARD
 Lic. en Kinesiología
 y Fisiatría
 M.P. N° 817

Alejandra Cian
 Ma. Alejandra Cian
 Lic. en Fonoaudiología
 Mat. N° 223/1

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: *[Firma]*

Aclaración: *Enora de Silus Cian*

DNI: 13.840.033

Vínculo: *ESPOSA*