

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 19 de diciembre de 2025

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

mi Hijo Balquín Chiopis
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

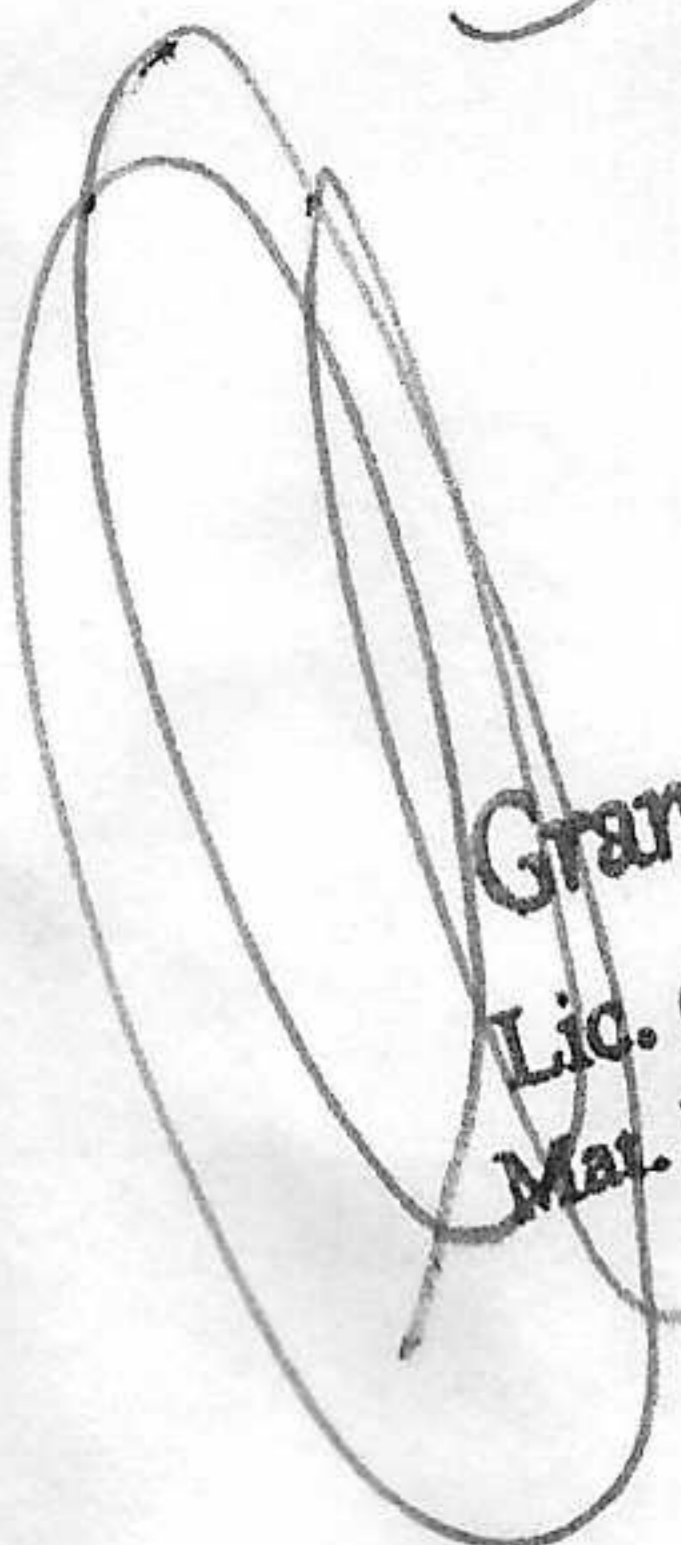
Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Agostino Gramajo	Fonología	8	marzo - dic. 2024
Gimena Acuña	T.O	8	marzo - dic. 2024

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)

Gimena Acuña
Lic. en Terapia Ocupacional
M.P.S 0539 L° 1 - F° 18



Gramajo, Agustina
Lic. en Fonoaudiología
Mat. N° 378/1° - F° 11 - T°

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:

Aclaración:

WALTER BALQUÍN

DNI:

35440130

Vínculo:

PADRE