

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 20 de Noviembre de 2025

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

mi HIJA, ALMARA MALENA SARAHÍ DNI: 54783628
 (Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones MENSUALES	Periodo Desde - hasta
YOSSEN LILIAN E.E.	TERAPIA OCUPACIONAL	8 (OCHO)	FEBRERO 2026 A DICIEMBRE 2026
ANDRIOTTI FIORELLA	FONOAUDILOGÍA	8 (OCHO)	FEBRERO 2026 A DICIEMBRE 2026
ROMERO AYLEN	PSICOPEDAGOGÍA	8 (OCHO)	FEBRERO 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. TERAPIA OCUPACIONAL		14 a 15hs			14 a 15hs	
Esp. FONOAUDILOGÍA		17 a 18hs		17 a 18hs		
Esp. PSICOPEDAGOGÍA		18 a 19hs		18 a 19hs		
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración – Sello)

Lilian E. E. Yossen
 Lic. en Terapia Ocupacional
 Mat.: 50879 L° 1 F° 31
 YOSSEN LILIAN
 EDITH ESTERANIA.

Aylen Romero
 Lic. en Psicopedagogía
 MAT. N° 1133

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: *Almara Luján*
 Aclaración: *ALMARA LUJÁN*
 DNI: *37713652*
 Vínculo: *MAMÁ.*

Fiorella Andriotti
 Lic. en fonoaudiología
 MAT N° 456/1 F° 13 L 1