



CONSENTIMIENTO BILATERAL DEL TRATAMIENTO

Fecha:.....

Consentimos en que se lleve a cabo la prestación:

.....
Brindada por.....
a mi hijo.....
desde el/...../.....al...../...../..... entendiendo y acordando con los profesionales
intervinientes los alcances de dicha práctica (en todos sus términos).

.....
Firma (padre, madre o tutor)

.....
Aclaración

.....
N° de documento

Por la presente certifico que he explicado los alcances de la/s práctica/s que brindamos a:
.....y que
se han contestado todas las preguntas surgidas por los padres o tutor en torno a las características de la/s
mismas.

.....
Firma/s, y sello con matricula del profesional/es o
firma y sello del representante legal
de la Empresa (según corresponda)

Dirección: Hipólito Yrigoyen 2727, CABA
Teléfono: [4-866-1225](tel:4-866-1225) Interno 234/212/222. E-mail: discapacidadarchivos@gmail.com.