



CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA

**Colegio de Fonoaudiólogos
de la Provincia de Santa Fe
2da Circunscripción**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, doy mi consentimiento en carácter de (vínculo)..... para
que.....,de.....años de edad, con DNI....., inicie tratamiento
fonoaudiológico con el/la profesional....., matrícula N°....., en
(domicilio).....de la ciudad de....., provincia de Santa Fe.

- Firma, aclaración y DNI del (padre/madre)

.....

- Firma, aclaración y DNI del (madre/padre)

.....

- Firma, aclaración y DNI del Tutor/a o familiar a cargo.

.....