



## 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

.....