

0272



ANEXO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO ATENCION POR PLATAFORMA DIGITAL
- SERVICIO DE SALUD MENTAL -**

El que suscribe ha sido informado por el profesional _____, de la posibilidad de acceder a la prestación PSICOLÓGICA destinada al Afiliado(a) o Beneficiario(a) identificado(a) con el Documento de Identidad N° _____, a través de un canal a distancia informal (plataforma digital) en razón de encontrarse suspendida la atención ambulatoria, en el marco de las medidas de "aislamiento social, preventivo y obligatorio" para todas las persona decretado por el Ejecutivo Nacional. En pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas de manera consciente y sin ninguna clase de presión, acepto la prestación del facultativo arriba mencionado, de forma remota, quién se compromete a garantizar la confiabilidad de la consulta en ambiente seguro y con el máximo de resguardo, mediante los canales a distancia disponibles para esta modalidad, con el propósito de realizar consulta u obtener continuidad en la atención prestacional mientras dure el período de aislamiento obligatorio. Respecto al importe del copago generado por esta prestación, el mismo será descontado de los haberes del titular (para afiliado forzosos) o sumado al monto de la cuota de afiliación del mes (para afiliado individual voluntario) excepto que el beneficiario cuente con cobertura total o que el copago sea cubierto por su empresa de Coseguro. Conozco y acepto las condiciones que se me informa en este acto. En prueba de conformidad se firma el presente, siendo el día _____ del mes de _____ del año 2020.

ASESORIA LETRADA
I.P.S.

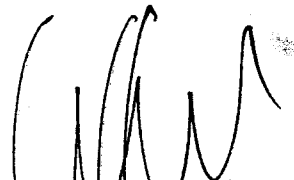
Firma

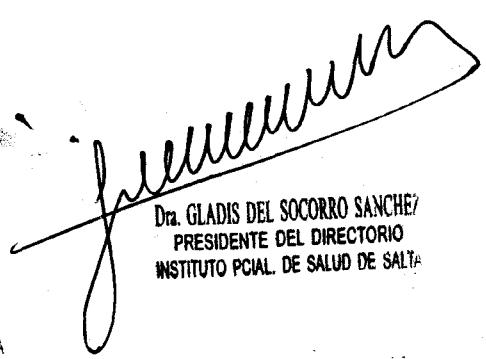
Aclaración

DNI N°

Titular Beneficiario


Dr. MARCELO DANIEL VICENTE
 DIRECTOR
 INSTITUTO PCIAL. DE SALUD DE SALTA


Dr. HUMBERTO FABIAN HERRERA
 DIRECTOR EJECUTIVO
 INSTITUTO PCIAL. DE SALUD DE SALTA


Dra. GLADIS DEL SOCORRO SANCHEZ
 PRESIDENTE DEL DIRECTORIO
 INSTITUTO PCIAL. DE SALUD DE SALTA