

ANEXO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO ATENCION POR PLATAFORMA DIGITAL  
- TRATAMIENTO INTEGRAL DE OBESIDAD -**

El que suscribe ha sido informado por el profesional \_\_\_\_\_, de la posibilidad de acceder a TRATAMIENTO INTEGRAL DE OBESIDAD 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) con el fin de evitar la circulación del paciente por encontrarse comprendido entre la población de riesgo. Acepto la prestación de los profesionales del programa TIO, de forma remota, como así también que el importe del copago, sea 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~~

~~IP.S. - Salta~~

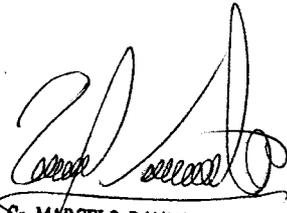
\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
DNI N°

\_\_\_\_\_  
Titular

Beneficiario

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

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