

ANEXO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO ATENCION POR PLATAFORMA DIGITAL
- BONO DE ORDEN DE CONSULTA MEDICA -**

El que suscribe ha sido informado por el profesional _____, de la posibilidad de acceder a PRESCRIPCION MEDICA 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 del facultativo arriba mencionado, de forma remota, como así también que el importe del copago del BONO DE ORDEN DE CONSULTA MEDICA, 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 JURIDICA
I.P.S. - Salta~~

Firma

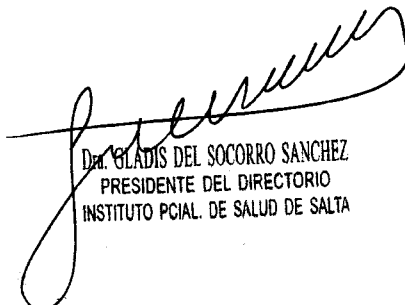
Aclaración

DNI N°

Titular

Beneficiario


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


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