

**CONSENTIMIENTO INFORMADO ATENCION POR PLATAFORMA DIGITAL  
- PRESTACIONES DE PSICOPEDAGOGIA -**

El que suscribe ha sido informado por el profesional \_\_\_\_\_, de la posibilidad de acceder a PRESTACIONES DE PSICOPEDAGOGIA destinado 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 profesional arriba indicado, de forma remota. 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. Salta~~

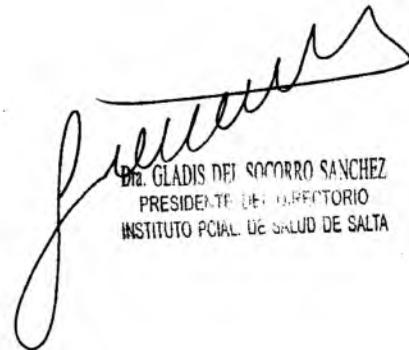
\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
DNI N°

Titular

Beneficiario

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