

**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 LEYRADA
I.P.S. Salta~~

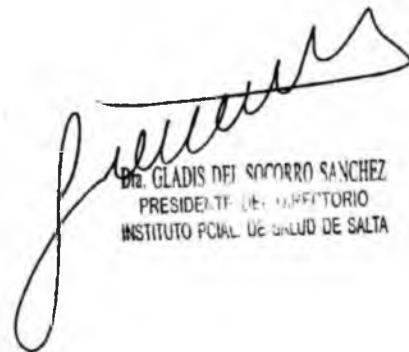
Firma

Aclaración

DNI N°

Titular

Beneficiario


DR. GLADIS DEL SOCORRO SANCHEZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ DIRECTIVO
INSTITUTO PROVINCIAL DE SALUD DE SALTA