FORMULARIO DE CONSENTIMINETO INFORMADO

AUTORIZACION DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL CON MODALIDAD VIRTUAL

Por la presente doy mi consentimiento para que en mi carácter de paciente y afiliado de OSEP (OBRA SOCIAL DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS), a saber, NOMBRE Y APELLIDO..... D.N.I. ....., para iniciar tratamiento psicológico con el/la prestador/a .....del listado ofrecido por la Obra Social, mediante la modalidad de PSICOTERAPIA INDIVIDUAL CON MODALIDAD VIRTUAL.

Manifiesto además conocer las normas de funcionamiento de dicha modalidad informadas por la profesional y el encuadre terapéutico que llevaremos a cabo durante mi tratamiento psicológico.

Firma, Aclaración y DNI del paciente.....

Lugar y fecha....., .../...../.....

PEDIDO DE PRÁCTICAS PSICOLÓGICAS (RP)

Afiliado..... Nro.....

Cantidad sesiones mensuales con dicha modalidad: ……(hasta 4).

Prestador..... Matrícula nro.....

Firma y Aclaración del prestador.....

Lugar y fecha:.....

<u>COMPLETAR EN CASO DE SER PADRE, MADRE O TUTOR DEL PACIENTE QUE RECIBIRÁ EL TRATAMIENTO</u>.

Por el presente doy mi consentimiento para que la/el menor ..... en mi carácter de (vínculo) ..... y D.N.I. ....., inicie tratamiento psicológico con el/la prestador/a .....del listado ofrecido por la Obra Social, mediante la modalidad de PSICOTERAPIA INDIVIDUAL CON MODALIDAD VIRTUAL.

Manifiesto además conocer las normas de funcionamiento de dicha modalidad informadas por la profesional y el encuadre terapéutico que llevaremos a cabo durante mi tratamiento psicológico.

Firma, Aclaración y DNI del Padre.....

Firma, Aclaración y DNI de la Madre.....

Firma, Aclaración y DNI de TUTOR.....

Lugar y fecha....., .../...../.....

PEDIDO DE PRÁCTICAS PSICOLOGICAS

Afiliado..... Nro.....

Cantidad sesiones bajo modalidad virtual que se realizaran en el mes vigente: ……(hasta 4); con una duración de 45 minutos como mínimo por sesión.

Prestador..... Matrícula nro.....

Firma y Aclaración del Prestador.....

Lugar y fecha:.....

OBSERVACIONES (detallar modalidad del encuadre terapéutico informado al paciente, días y rango horario de atención, demás especificaciones relevantes, etc):

……
……
……
……
……
…….

---------- ----------

FIRMA Y ACLARACION FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

AFILIADO OSEP

NOTA: el presente formulario deberá completarse en su totalidad con tinta de color azul o roja, (no negra) y adjuntarse con el pedido de sesiones tradicional (Rp manual) y la autorización de las mismas (bono digital) a la facturación habitual.