

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO

(para casos excepcionales de mismo profesional para hasta dos (2) miembros con algún grado de parentesco)

Por la presente DNI..... en mi carácter de (vínculo) con domicilio en:..... doy mi consentimiento para que *(nombre completo del afiliado que realizará terapia con el mismo profesional)*.....inicie tratamiento psicológico con el/la prestador/adel listado ofrecido por la Obra Social/Sistema..... Manifiesto además conocer las normas de funcionamiento del mismo y que he recibido del profesional interviniente toda la información pertinente tanto sobre los alcances y limitaciones del presente encuadre terapéutico como la importancia del secreto profesional que primará en este proceso, aceptando el mismo.

Firma, Aclaración y DNI del afiliado.....

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

PEDIDO DE PRÁCTICAS PSICOLOGICAS

Afiliado..... Nro.....
Prestador.....

Cantidad de sesiones mensuales..... Diagnóstico presuntivo o motivo de consulta.....

Firma y sello profesional.....

Lugar y fecha:.....

OBSERVACIONES: (detallar información brindada al afiliado, sobre encuadre terapéutico, forma de trabajo, información sobre secreto profesional brindada , alcances y limitaciones de la presente modalidad de atención excepcional, especificaciones que considere relevante, etc)

.....
.....
.....
.....

Nota: el presente deberá ser completado y firmado por cada afiliado al iniciar su tratamiento y adjuntar con la orden de consulta inicial al momento de presentar facturación.