

## MODELO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Por la presente (nombre completo).....(DNI) .....presto entera conformidad para continuar el tratamiento de psicoterapia que hasta la fecha me encuentro realizando con la/el profesional (nombre completo).....(MP)..... Asimismo, en virtud a la situación de emergencia sanitaria causada por la pandemia "covid-19" y dando cumplimiento a las disposiciones adoptadas por el Estado Nacional/Provincial conforme a los DNU N° 297/2020 y Decretos Provinciales N° 550 y 551, y a efectos de cumplimentar el aislamiento total, es que autorizo a continuar el tratamiento con la/el profesional mencionada/o precedentemente, mediante la aplicación de las tecnologías de comunicación vigentes (llamadas, videollamadas, audios, etc.). De igual manera manifiesto conocer las normas y funcionamiento de las mismas.

**ACLARACIÓN: ESTA AUTORIZACIÓN DEBE SER REMITIDA POR EL PACIENTE EN FORMA ESCRITA CON SU FIRMA/FECHA O ENVIADA A TRAVES DE UN CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL.**