

CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS A DISTANCIA

POR FAVOR COMPLETAR CON LETRA MAYÚSCULA, CLARA, SIN TACHADURAS NI ENMIENDAS.

1..... declaro que presto consentimiento para la realización de
2..... a través del sistema de 3.....
por parte del 4..... correspondiente al tratamiento de
5.....

Asimismo me comprometo a informar al Servicio Universitario Médico Asistencial al mail discapacidad@suma.org.ar el día y hora en que se efectúa la práctica indicada a distancia. Sin esta debida notificación no se procederá a liquidar la prestación al profesional actuante.

Presto conformidad para que el Servicio Universitario Médico Asistencial efectúe la auditoria que considere oportuna respecto a la realización de la práctica aconsejada.

Declaro que la práctica que estoy consintiendo me fue recomendada por 6..... quien me ha informado sobre los riesgos, complicaciones, ventajas y beneficios del procedimiento, así como de la confidencialidad de mis datos personales, y/o de la persona a mi cargo a quien se le efectuara la práctica. He realizado las preguntas que considero oportunas, todas las cuales han sido contestadas y con respuestas que considero suficientes y aceptables, por lo cual consiento expresamente la modalidad que se me aconseja, en forma voluntaria y asumiendo la totalidad de los riesgos que esta modalidad pudiese implicar.

Fecha, firma y aclaración del afiliado titular

1 Nombre, Apellido y DNI del afiliado titular.

2 Detalle de las prácticas a realizar.

3 Medio tecnológico a través de la que se desarrollarán las prácticas (ej. Video llamada).

4 Nombre, Apellido y Especialidad del Profesional.

5 Nombre, Apellido y DNI del afiliado que se atenderá bajo esta modalidad.

6 Nombre, Apellido y Especialidad del Profesional que recomendó modalidad.