

Anexo I – 2 Res. 1293/2020

Datos del Beneficiario de las Prestaciones (Paciente)

NOMBRE Y APELLIDO		DOMICILIO (Calle, número, Localidad Y provincia)	
N° DE DNI		FECHA DE NACIMIENTO	

Datos del Madre/Padre/Figura de Apoyo (Representante legal del paciente)

NOMBRE Y APELLIDO		DOMICILIO (Calle, número, Localidad Y provincia)	
N° DE DNI		CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)	
N° de teléfono		N° de teléfono alternativo	

En mi carácter de (*aclarar si es madre, padre, figura de apoyo*) conforme los datos consignados anteriormente, expreso mi total conformidad respecto a la continuidad de la/s prestación/es recibidas por el paciente titular del DNI N° recibidas durante el año 2020, por el periodo del aislamiento social, preventivo y obligatorio o distanciamiento social, preventivo y obligatorio que se disponga para el año 2021. Reconozco que la continuidad expresada en este formulario se encuentra sujeta a la evaluación del Equipo Interdisciplinario de la OSPIM y/o ENSALUD. Reconozco que la cobertura que OSPIM brinda se ajusta a los aranceles y límite de sesiones previstos en el nomenclador de prestaciones básicas (Res. 428/1999 MS). Dejo constancia que se me han explicado en términos claros y adecuados y he comprendido las alternativas disponibles para la continuidad de la/s prestación/es detalladas a continuación. Asimismo, he sido informado sobre mi derecho a rechazar la/s prestación/es o de revocar esta conformidad.

Prestación N° 1: (indicar tipo de prestación)

RAZÓN SOCIAL / NOMBRE Y APELLIDO PRESTADOR O PROFESIONAL		CUIT PRESTADOR	
MODALIDAD DE ATENCIÓN (Virtual o Presencial)		CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)	

Prestación N° 2: (indicar tipo de prestación)

RAZÓN SOCIAL / NOMBRE Y APELLIDO PRESTADOR O PROFESIONAL		CUIT PRESTADOR	
MODALIDAD DE ATENCIÓN (Virtual o Presencial)		CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)	

Prestación N° 3: (indicar tipo de prestación)

RAZÓN SOCIAL / NOMBRE Y APELLIDO PRESTADOR O PROFESIONAL		CUIT PRESTADOR	
MODALIDAD DE ATENCIÓN (Virtual o Presencial)		CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)	

FIRMA:

ACLARACIÓN: **CARÁCTER:** (*MADRE, PADRE, FIGURA DE APOYO*)

FECHA:

En caso de que existan mas de 3 prestaciones, agregarlas en un nuevo formulario completando los campos necesarios