**ANEXO II:**

**DECLARACION JURADA DEL PROFESIONAL /INSTITUCION**

**NOMBRE Y APELLIDO:**

**MATRICULA PROFESIONAL:**

**INSTITUCION/EQUIPO RAZON SOCIAL:**

**DOMICILIO LEGAL:**

**A cargo del tratamiento( especialidad /prestación ):**

,en favor de

**NOMBRE APELLIDO:**

**DNI:**

**N.º AFILIADO/A**:

autorizado por LA OBRA SOCIAL DE CERAMISTAS (OSCE), **DECLARO** que le brindaré el mismo bajo la modalidad no presencial.

A los fines expuestos, MANIFIESTO:

Contar con el expreso consentimiento del afiado/a, padre/madre/tutor/apoyo designado y/o representante legal de prestar- **exclusivamente durante la vigencia del AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO (DECNU-2020-297-APN-PTE-sus ampliaciones y modificaciones)** mis servicios profesionales, acorde a lo autorizado explícita y taxativamente por OSCE, bajo la modalidad no presencial empleando tecnologías de la información y de la telecomunicación.

Que el empleo de la modalidad no presencial y los medios remotos seleccionados a dicho fin han sido valorados como adecuados, eficaces y seguros de manera individual en función de la condición de salud y estado psico-biológico del afiliado/a, los principios y criterios propios de mi área de práctica, las recomendaciones del Ministerio de Salud sobre el Coronavirus, y las mejores opciones tecnológicas y comunicacionales disponibles para la prestación del servicio.

La evaluación incluye el estudio de los posibles riesgos y beneficios en vista de las necesidades del afiliado/a, los que han sido debidamente informados acorde los principios establecidos por la ley 26.529 y CC.

DECLARO que el servicio cumple los mismos estándares éticos y profesionales que la práctica presencial, teniéndose en cuenta los establecido por el Colegio/Consejo profesional bajo el cual me encuentro matriculado/a y/o el de la jurisdicción en donde ejerzo mi práctica presencial y /o bajo la modalidad no presencial.

DECLARO que adoptaré todas las medidas necesarias para proteger y mantener la confidencialidad de los datos y toda la información concerniente al afiliado/a en materia de salud. Asimismo, informaré de los riesgos potenciales respecto a la pérdida de confidencialidad, derivados del uso de tecnologías de telecomunicación, si los hubiera.

Quedo ÉTICA Y LEGALMENTE OBLIGADO a suspender e informar de manera inmediata ante el supuesto de presentarse la modalidad no presencial como no beneficiosa y/o riesgosa para el bienestar emocional o físico del afiliado, debiendo notificar de manera inmediata y expresa a OSCE. De resultar voluntad expresa del afiliado/a, tutor y/o representante legal la suspensión de la modalidad no presencial, la misma debe ser notificada a OSCE por el propio beneficiario/a o su representante legal conforme al Modelo otorgado por la Obra Social.

.

MANIFIESTO QUE se ha acordado que el contacto apropiado y conveniente será a través de: (tildar lo que corresponda)

* dispositivos móviles (Tablet)
* PC
* teléfono
* videoconferencia
* correo electrónico

La información será transmitida por

* vía oral
* escrita
* por imágenes, sonidos u otros tipos de datos

La comunicación será

* síncrona (videoconferencia interactiva, llamada telefónica)
* asíncrona (e-mail)

La atención se llevará a cabo:

Día/s:

Hora/s:

Tiempo de ejecución: ,procurando el que suscribe y el afiliado/a/tutor y/o representante legal que la misma se cumpla en tiempo y forma sin interrupción, y en un entorno propicio para progresar hacia la maximización del servicio proporcionado.

DECLARO que el tratamiento bajo la modalidad no presencial no me exime de la comunicación, coordinación y planificación de las estrategias y acciones terapéuticas con los restantes profesionales de la salud que tienen a su cargo la rehabilitación y/educación del afiliado/a.

DECLARO que procederé a la suspensión inmediata de la atención no presencial de no encontrarse presente durante el desarrollo de las actividades el padre/madre, tutor o representante legal en los casos en los que de que el afiliado sea un menor o cuente con restricciones/limitaciones cognitivas y/o de la capacidad.

MANIFIESTO que eximo de toda responsabilidad a OSCE, toda vez que el /la que suscribe ha pactado de común acuerdo con el afiliado/a/tutor y/representante legal la modalidad no presencial quedando la atención brindada encuadrada bajo mi absoluta responsabilidad profesional y la libre voluntad del afiliado/a /tutor y/o representante legal.

COMPRENDO que OSCE se reserva el derecho de auditar, la prestación bajo la modalidad no presencial

COMPRENDO que las condiciones de cobertura de las prestaciones bajo la modalidad no presencial estan sujetas a los , aranceles y modalidad que emanen de las autoridades nacionales competentes y/o los Colegios/Consejos profesionales en relación a la modalidad prestacional durante el período de Emergencia Sanitaria Nacional COVID-19.

COMPRENDO que toda atención brindada bajo esta modalidad que exceda lo autorizado por la Obra Social, será de exclusiva responsabilidad entre el suscripto/a y el afiliado/a/tutor y/o representante legal.

Declaro bajo juramento que los datos consignados en este Formulario son veraces, reales y completos sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad, bajo apercibimiento de la responsabilidad establecida por los arts. 293 y 205 del Código Penal.

NOMBRE Y APELLIDO/NOMBRE INSTITUCION

MATRICULA/CARGO EN LA INSTITUCION

MAIL Y TEL de CONTACTO :

En la Ciudad de , el de 2020.