**ANEXO I:**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MODALIDAD PRESTACIONAL NO PRESENCIAL**

**NOMBRE Y APELLIDO:**

**DNI:**

**DOMICILIO:**

**EN REPRESENTACION LEGAL DE**

**NOMBRE Y APELLIDO (del Paciente )**

**DNI (del paciente )**

**DOMICILIO (del paciente** )

, ACEPTO QUE EL/LA

**NOMBRE APELLIDO EL/LA LICENCIADA/O /ESPECIALIDAD /MATRICULA PROFESIONAL /MAESTRA DE APOYO :**

1.

2.

3.

4.

5.

6.

**INSTITUCION/ESCUELA/EQUIPO, RAZON SOCIAL / PRESTACION/ JORNADA :**

**DOMICILIO LEGAL**:

ejecute/n **EXCLUSIVAMENTE durante el periodo que las autoridades nacionales fijen el AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO y OBLIGATORIO (DECNU-2020-297-APN-PTE, sus ampliaciones y modificaciones)**, los servicios autorizados expresa y taxativamente por IOSFA bajo la modalidad no presencial empleando tecnologías de la información y de la telecomunicación.

MANIFIESTO y CONSIENTO, acorde a la evaluación efectuada por el profesional en torno a la condición de salud y estado psico-biológico de **mi persona/hijo/a/padre/madre/representadolegal** (subrayar lo que corresponda ) las recomendaciones del Ministerio de Salud sobre prevención de contagio del Coronavirus, y las mejores opciones tecnológicas y comunicacionales disponibles para la prestación del servicio, que la atención no presencial se desarrolle por medio 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)

ACEPTO Y ME COMPROMETO a que la atención se lleve a cabo según lo pautado con el profesional:

Día/s, horarios: (DETALLAR POR ESPECIALIDAD / PRESTACION )

1.

2.

3.

4.

5.

6.

, procurando ambas partes que la misma se cumpla en tiempo y forma sin interrupción, y en un entorno propicio para progresar hacia la maximización del servicio proporcionado.

Como **Tutor/Apoyo designado /responsable legal** ( subrayar lo que corresponda ) asumo el COMPROMISO de estar presente todo el tiempo que se establezca la atención no presencial, así como del manejo de la información brindada, bajo apercibimiento de dar por suspendida la cobertura a cargo de OSCE de la atención no presencial en casos de incumplimiento.

COMPRENDO que la normativa relacionada con el ejercicio ético y profesional, la confidencialidad en materia de salud y de la información aplica a la atención no presencial.

MANIFIESTO que me fueron explicados claramente los beneficios y los riesgos potenciales de la modalidad de atención no presencial, así como la imposibilidad de garantizar sus resultados.

MANIFIESTO que eximo de toda responsabilidad a OSCE, toda vez que la modalidad no presencial ha sido pactada entre mi persona y el/la profesional/Institución/Centro/Escuela, etc., por lo que la misma queda encuadrada bajo mi absoluta voluntad y la responsabilidad profesional y legal de quien brinda la prestación.

COMPRENDO que la modalidad no presencial solo podrá ser aplicada en el marco de lo expresamente autorizado por OSCE.

COMPRENDO que tengo el derecho de No aceptar el uso de la modalidad no presencial siendo obligatoria la notificación inmediata a OSCE conforme modelo previsto.

COMPRENDO que la suspensión de la presente modalidad podrá realizarse en cualquier momento por parte del profesional tratante/Institución o por voluntad expresa de esta parte. La misma debe ser notificada a OSCE de manera expresa por el prestador, y por el beneficiario/a o su representante legal, conforme el Modelo otorgado por la Obra Social. DECLARO que suscribo este consentimiento en pleno ejercicio de las facultades que el Código Civil y Comercial de la Nación me inviste y/o de la representación o designación efectuada por el instrumento legal o judicial correspondiente, como así también haber cumplido con el deber de información sobre el presente al beneficiario de la prestación y a las personas que en cada caso corresponda. En particular en el caso de separación o divorcio, al otro progenitor.

COMPRENDO que OSCE se reserva el derecho de auditar la prestación bajo la modalidad no presencial ante el incumplimiento de los términos de este Consentimiento Informado y/o Declaración Jurada suscripta por el profesional interviniente.

COMPRENDO que OSCE no es responsable de las modificaciones respecto de la cobertura de las prestaciones bajo la modalidad no presencial que emanare de las autoridades nacionales competentes en la materia y/o los Colegios/Consejos profesionales en relación a la modalidad prestacional durante el período de Emergencia Sanitaria Nacional COVID-19.

Habiendo leído y comprendido la información precedente, y respondidas a mi satisfacción todas las preguntas formuladas al/la profesional/Institución, DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO para el uso de la modalidad no presencial de atención de **mi persona/ hijo/a/madre/padre/representado legal,** (subrayar lo que corresponda ) AUTORIZANDO al/las

**LICENCIADA/O/MAESTRA**

**1.**

**2.**

**3..**

**4.**

**5..**

**6.**

**Centro/Institución/Escuela Especial:**

 su ejecución en la forma y tiempo pactado y atento a lo establecido en el presente Consentimiento y Declaración Jurada suscripta por el efector.

**NOMBRE Y APELLIDO**

**DNI**

**PARENTESCO/REPRESENTACIÓN LEGAL:**

**MAIL Y TEL DE CONTACTO:**

***Nº DE AFILIACIÓN DE QUIEN RECIBE EL BENEFICIO AUTORIZADO***

Dado en la Ciudad de , el de 2020.

**NO ACEPTACIÓN DE LA ACTIVIDAD, PROCEDIMIENTO O PLAN DE TRATAMIENTO BAJO MODALIDAD REMOTA DURANTE el AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO y OBLIGATORIO DECNU-2020-297-APN-PTE ,sus ampliaciones y modificaciones)**

**NOMBRE Y APELLIDO:**

**DNI:**

**DOMICILIO:**

**EN REPRESENTACION LEGAL DE**

**NOMBRE Y APELLIDO (del Paciente )**

**DNI (del paciente )**

**DOMICILIO (del paciente** )

**DECLARO** que he sido informado/a de manera amplia y suficiente sobre los posibles riesgos y/o consecuencias que la modalidad no presencial puede en mi condición de salud y/o estado psico-biológico/ **de mi hijo/a padre madre/ tutor representante legal ( SUBRAYAR LO QUE CORRESPONDA )**

en consideración a la información recibida y detallada anteriormente, he tomado la decisión de **SUSPENDER/NO ACEPTAR, RECHAZAR y NO AUTORIZAR legal ( SUBRAYAR LO QUE CORRESPONDA )**

la/s actividad/es; procedimiento/s o plan de tratamiento BAJO LA MODALIDAD NO PRESENCIAL propuesto por

**NOMBRE APELLIDO EL/LA LICENCIADA/O /ESPECIALIDAD /MATRICULA PROFESIONAL /MAESTRA DE APOYO**

**1.**

**2.**

**3.**

**4.**

**5.**

**INSTITUCION/EQUIPO RAZON SOCIAL /PRESTACION:**

**DOMICILIO LEGAL:**

, que me brinda/ brinda a mi hijo/a/padre/madre/ representado legal. ( SUBRAYAR LO QUE CORRESPONDA )

**NOMBRE Y APELLIDO:**

**DNI :**

**PARENTESCO/REPRESENTACIÓN LEGAL:**

**MAIL Y TELCONTACTO:**

**Nº** **DE AFILIACIÓN DE QUIEN RECIBE EL BENEFICIO AUTORIZADO:**

Dado en la Ciudad de , el de 2020.