|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***DECLARACIÓN JURADA DE ATENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA A DISTANCIA***   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ***A completar por el profesional***  ***Paciente:***  ***N° Afiliado:***  ***Diagnóstico:***  ***Fonoaudiólogo:***  ***Autorización N°:***  ***Teléfono celular:***  ***E-mail:***  ***DÍAS Y HORARIOS DE ATENCIÓN ON-LINE***   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | | --- | | ***A completar por afiliado o familiar***  ***EL/ La que suscribe ………………………………….. DNI …………………,***  ***Declaro conformidad de haber recibido atención fonoaudiológica del/la Lic………………………, a través de modalidad virtual, los días Y HORARIOS consignados por el profesional.-***    ***----------------------***  ***Firma del afiliado o familiar*** | |