|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***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*** |

 |