



**DECLARACION JURADA DEL PRESTADOR
PRESTACION BRINDADA EN EL PERÍODO DE ASPO/DISPO**

Mes _____ de 2021

En contexto de la medida de A.S.P.O./ D.I.S.P.O. (Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio/ Distanciamiento social, preventivo y obligatorio), el/la paciente

NOMBRE Y APELLIDO _____

Nº DE D. N. I. _____

Nº DE AFILIADO _____

¿QUÉ PRESTACIÓN BRINDÓ DURANTE EL PERIODO DE A.S.P.O. / D.I.S.P.O.?

ENTREVISTA DOMICILIARIA (Cód. 250307) <input type="checkbox"/>	EVALUACIÓN DOMICILIARIA (Cód. 250208) <input type="checkbox"/>	REHABILITACIÓN DOMICILIARIA (Cód. 250309) <input type="checkbox"/>	OTRA (Especificar código) <input type="checkbox"/>
--	--	--	--

PRESTACIÓN NO BRINDADA

MOTIVO: _____

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN MODALIDAD VIRTUAL: _____

ESPECIFICAR LA MODALIDAD DE ATENCIÓN QUE BRINDÓ EN PERIODO DE A.S.P.O./D.I.S.P.O.

PRESENCIAL <input type="checkbox"/>	TELEASISTENCIA -Google Meet -Video llamada -Zoom <input type="checkbox"/>	BIMODAL (Presencial y virtual) <input type="checkbox"/>	MAIL <input type="checkbox"/>	MATERIAL FÍSICO Y/ O IMPRESO <input type="checkbox"/>	OTRO (Especificar) <input type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---

CONFORMIDAD CON LA PRESTACIÓN BRINDADA

Si es posible obtenerla a distancia	Si no es posible obtenerla a distancia
<p>Fecha:...../...../.....</p> <p>.....</p> <p>Firma del titular/familiar/tutor/responsable</p> <p>Aclaración:.....</p> <p>DNI:.....</p>	<p>Fecha:/...../.....</p> <p>Declaro que la información proporcionada reviste carácter de declaración jurada, contando con la conformidad del beneficiario y/o familiar/tutor responsable, para brindar la asistencia informada.</p> <p>Firma del prestador:.....</p> <p>Aclaración/Sello:</p>