



**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 (Cód. 250301)	EVALUACIÓN (Cód. 250202)	REHABILITACIÓN (Cód. 250303)	OTRA (Especificar código)
☐	☐	☐	☐

☐ **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	TELEASISTENCIA -Google Meet -Video llamada -Zoom	BIMODAL (Presencial y virtual)	MAIL	MATERIAL FÍSICO Y/ O IMPRESO	OTRO (Especificar)
☐	☐	☐	☐	☐	☐

CONFORMIDAD CON LA PRESTACIÓN BRINDADA

Si es posible obtenerla a distancia	Si no es posible obtenerla a distancia
Fecha:...../...../..... Firma del titular/familiar/tutor/responsable Aclaración:..... DNI:.....	Fecha:/...../..... 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. Firma del prestador:..... Aclaración/Sello: