Consentimiento para la Atención Psicológica Remota

Nombre y Apellido:

Afiliado N°:

Por la presente doy mi autorización para la realización de sesiones de psicoterapia de forma on-line, con el/la Lic./Ps. _____ MP _____ en el marco de la emergencia sanitaria por el COVID-19.

Certifico la realización de las sesiones los días:

-
-
-
-

_____

Firma