



PRIC - Programa integral de CELIAQUÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL AFILIADO

Lugar y Fecha: _____ / _____ / _____

Apellido y Nombres del Afiliado Titular: _____

DNI: _____ Domicilio: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Pcia.: _____ Localidad: _____

Tel./Celular/Característica: _____

Apellido y Nombres del Afiliado Paciente: _____

D.N.I.: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____

Correo electrónico: _____

1- Por medio del presente dejo constancia que he recibido de manera completa la información sobre los alcances, condiciones de cobertura y mecanismos de evaluación, así como los derechos de cobertura y obligaciones que me asisten en relación al Programa Integral de Celiaquía que presenta el IAPOS para la atención de mi cuadro clínico (enfermedad celíaca), debiendo presentar indefectiblemente cada seis meses certificado de supervivencia.

2 - Doy mi pleno consentimiento para ingresar al Programa y me comprometo al logro de los objetivos, y acceder a la posibilidad de cobertura entregando la información necesaria según normativa para la mayor agilidad de los trámites.

3 -Confirmo que he leído y comprendido los términos de este consentimiento, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas, que éstas han sido satisfactoriamente contestadas y que todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma.

4 - Cuenta Bancaria que defina el Afiliado Titular para acreditación del subsidio:

Número: _____

CBU: _____

Indicar si la cuenta es Caja de Ahorro o Cuenta Corriente: _____

Número de CUIT o CUIL: _____

Acompañar constancias respaldatorias sobre Número de Cuenta, CBU y CUIT/CUIL.

5 -En caso de no poseer cuenta bancaria: Ratifico lo datos consignados en el presente formulario, autorizando al IAPOS a gestionar la apertura de una cuenta bancaria en Nuevo Banco de Santa Fe a mi nombre y sin costo alguno para mi persona.

Consultas a Tesorería, Casa Central -IAPOS- TEL: 0342-4571426 - 4573211 - 4573205

Firma/aclaración afil.paciente

Firma/aclaración padre/tutor

Firma/aclaración del afil. Titular

Certificación Judicial / Juez de Paz: _____