

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ N° Identificación: _____

HEALTH & LIFE IPS y su equipo de profesionales domiciliarios en busca de una continuidad de tratamiento para usuarios crónicos y/o agudos y para mejorar la calidad de vida de los mismos, adaptamos la alternativa de prestación de servicio por teleterapia proporcionándoles los planes caseros por diferentes medios virtuales (videos, audios, video conferencias) que se puedan utilizar para que el tratamiento del paciente sea efectivo.

Por lo que a continuación, se verán reflejadas algunas preguntas que permitirán la aceptación de la prestación del servicio, a través de la modalidad de TELETERAPIA.

Declaro que acepto y autorizo al profesional que se comunica vía telefónica, para la ejecución de las terapias aplicando TELETERAPIA al paciente.

Firma: _____

Nombre de Paciente: _____

Documento: _____

Firma: _____

Parentesco: _____

Nombre de
cuidador/responsable: _____

Documento: _____

Firma: _____

Nombre Profesional: _____

T.P.: _____

Cargo: _____