Aceptación de las Video Llamadas por parte del Paciente y/o Familiar.

Sres. Programa Cambio

Por medio de este mail declaro aceptar las Video-Llamadas Terapéuticas que realizaremos con el profesional ………………………………………………. los días ………/………/…… y ……/……./…….. , en el marco del tratamiento del consumo de sustancias que realizo en esa institución.

(nombre y apellido del paciente, y dni)

Nota: Todas las semanas cuando se le pase al paciente y/o su familia el calendario de Video-Llamadas Terapéuticas, el profesional actuante debe recibir en su mail esta aceptación por parte del paciente y la familia a fin de que la Obra Social actuante brinde luego la cobertura.