

## Expresión de Adhesión al Programa de Salud Renal de IOMA

El abajo firmante, Dr: ..... MP N°: .....,  
expresa por la presente su adhesión para participar en la atención médica de los pacientes afiliados a  
IOMA, enrolados en el Programa de Salud Renal de I.O.M.A.

Además de los derechos y deberes inherentes a su condición profesional y de prestador del IOMA  
manifiesta su voluntad de cumplimentar la metodología y pautas que el PSRI propone, y a registrar e  
informar al IOMA los datos clínicos y epidemiológicos que contempla el Programa dentro del marco de la  
legislación vigente.

A los efectos de una adecuada coordinación del Programa, queda expresado que tendrá en cuenta el Manual  
de Procedimientos del mismo y que asistirá a los Talleres Regionales o Reuniones que el Comité Ejecutivo  
del PSRI organice, de las cuales será avisado con la conveniente antelación, a los efectos de unificar  
criterios, intercambiar opiniones e informaciones científicas que tiendan a mejorar la implementación del  
Programa.

Del mismo modo el Comité Ejecutivo del PSRI hará llegar al Profesional toda la información y la  
bibliografía nacional e internacional que reciba sobre temas científicos y técnicos inherentes al Programa y  
que puedan contribuir al desarrollo profesional.

Dada la necesidad de mantener en el tiempo la vigencia del PSRI y de la continuidad de la asistencia de los  
pacientes, el Profesional expresa su voluntad de permanecer como integrante del mismo por el término no  
menor de un año a partir de la fecha de la firma de la presente, salvo razones de fuerza mayor.  
Comprometiéndose durante este periodo al fiel cumplimiento de la ley Nacional de derechos del paciente  
N° 26529.

Por otra parte esta adhesión se renovará automáticamente de no mediar expresión en contrario de las  
partes.

.....  
Firma y Sello del profesional

CIRCULO MEDICO: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO CONSULTORIO: \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD CONSULTORIO: \_\_\_\_\_  
TELEFONO: \_\_\_\_\_

CIRCULO MEDICO: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO CONSULTORIO: \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD CONSULTORIO: \_\_\_\_\_  
TELEFONO: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_