



INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL
CENTRO DE ESTUDIOS CIENTIFICOS Y TECNOLOGICOS No. 12
"JOSE MARIA MORELOS"



SERVICIO DE ATENCIÓN A LA SALUD.

Ciudad de México a _____

AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN MEDICA

Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva. En base a la Norm.004-SSA3-2012, del expediente clínico.

Quien suscribe: *Madre, padre y/o tutor(a) _____ del alumno (a) _____ del grupo _____ con número de boleta _____, autorizo para que se le brinde la atención de primer contacto y/o los medicamentos que se requieran de primera instancia.

En caso de que el alumno tenga que retirarse de la institución por el padecimiento, se dará aviso y **SOLICITARA LA PRESENCIA DE** los padres o tutores (**aun siendo mayores de edad**) para que asistan y lleven a su atención médica en su clínica correspondiente al alumno.

Aclarando que para justificar su inasistencia sólo se aceptaran recetas de carácter gubernamental. Asimismo, **libero de toda responsabilidad** al Servicio Médico de las consecuencias que mi hija y/o hijo presente por alguna patología y/o tratamiento médico sobre los cuales yo no haya proporcionado la información oportuna y veraz.

Alergias: _____

Enfermedad, Condición médica, Discapacidad: _____

1) Número de teléfono en caso de emergencia y nombre. _____

2) Número de teléfono en caso de emergencia y nombre. _____

NOMBRE DE PADRE O TUTOR Y FIRMA

NOMBRE DE MADRE O TUTOR Y FIRMA