



INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL

CENTRO DE ESTUDIOS CIENTIFICOS Y TECNOLOGICOS No. 12

“JOSE MARIA MORELOS”



SERVICIO DE ATENCION A LA SALUD

Ciudad de México a _____

AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

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 numero de boleta _____,
autorizo para que se le brinden, la atención de primer contacto, así como el seguimiento de su
tratamiento.

Asimismo, **libero de toda responsabilidad** al Servicio Odontológico de las consecuencias que mi hija
y/o hijo presente por alguna patología y/o tratamiento médico-odontológico, sobre los cuales yo no haya
proporcionado la información oportuna y veraz del estado de salud que guarda mi hija y/o hijo.

NOTA: Sin olvidar que el alumno deberá cubrir previamente los gastos que se generen por su atención
y presentar debidamente el Voucher.

Alergias _____

Enfermedad, Condición médica, Discapacidad: _____

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

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

NOMBRE DE PADRE O TUTOR Y FIRMA

NOMBRE DE MADRE O TUTOR Y FIRMA