



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

# AUTORIZACIÓN PARA ASISTENCIA MÉDICA

CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL NÚM. \_\_\_\_\_

|       |     |     |     |
|-------|-----|-----|-----|
| FECHA | DÍA | MES | AÑO |
|-------|-----|-----|-----|

JEFA O JEFE DEL CENDI

PRESENTE

EL QUE SUSCRIBE C. \_\_\_\_\_ MADRE, PADRE O TUTOR DEL NIÑO(A) \_\_\_\_\_ INSCRITO(A) EN EL \_\_\_\_\_ GRUPO \_\_\_\_\_ (SI) (NO),

AUTORIZO, PARA QUE EN CASO DE QUE EL NIÑO(A) SUFRA ALGÚN ACCIDENTE O EVENTUALIDAD SEA ASISTIDO(A) POR EL PERSONAL MÉDICO DEL CENDI O EN CASO DE QUE REQUIERA ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA, SEA ATENDIDO(A) EN LA CLÍNICA U HOSPITAL MÁS CERCANO AL CENDI O SEA CANALIZADO(A) A LA INSTITUCIÓN CON CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL NECESARIA PARA SU ATENCIÓN, ASÍ MISMO AUTORIZO AL PERSONAL DEL SERVICIO MÉDICO PARA IMPLEMENTAR EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA ATENDER ADECUADAMENTE LA URGENCIA, EN SU CASO, ADEMÁS DE SUMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS QUE CONSIDEREN PARA EL MANEJO DEL NIÑO(A), SOLICITANDO SE ME COMUNIQUE DE INMEDIATO A LOS TELÉFONOS QUE SE ENCUENTRAN REGISTRADOS EN LA OFICINA DE LA TRABAJADORA SOCIAL.

ASÍ MISMO, HAGO DE SU CONOCIMIENTO:

TIPO DE SANGRE DEL NIÑO(A) \_\_\_\_\_

PADECE ENFERMEADEAS CRÓNICAS

NO  SI ¿CUÁL(ES)? \_\_\_\_\_

ALERGÍAS

NO  SI ¿CUÁL(ES)? \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (ISSSTE) \_\_\_\_\_

MADRE, PADRE O TUTOR

  
  
  
  

NOMBRE Y FIRMA