



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS No. 8 "NARCISO BASSOLS"

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS E INTEGRACIÓN SOCIAL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESTUDIANTILES
SERVICIO MÉDICO**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CDMX a _____ de _____ de 20_____.

Yo _____ Sí autorizo () , No autorizo () ,
(Nombre del padre, madre o tutor)

La administración de medicamentos (vía oral, intramuscular y/o intravenoso) ; procedimientos médicos (suturas, curaciones y/o inmovilización de extremidades superiores ó inferiores) y/o procedimientos diagnostico (dextrotix, bililabstix, prueba antidoping y/o examen de alcoholemia por medio de alcoholimetro) en caso de que mi hijo (a) _____ con Número de boleta ó PM _____ y Grupo _____ presente algún problema de salud dentro del plantel, llámese traumatismo, herida punzocortante, enfermedad general , enfermedad crónico degenerativo ó incapacitante y/o intoxicación aparente por bebidas alcohólicas o droga.

Nombre y Firma del padre, madre ó tutor.

1er número de contacto de urgencia: _____

2do número de contacto : _____

3er número de contacto : _____

***NOTA: Favor de siempre traer copia.**