

AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA EMERGENTE

CICLO ESCOLAR 2024-2025

Villahermosa, Tab. a ____ de ____ de 20____

C. Concepción Gutiérrez Cabrera
JEFA DE UNIDAD DEL CAI ISSET NÚM. V
P R E S E N T E

Por medio del presente autorizo que a mi hijo (a): _____

con número de cuenta ISSET (Derechohabiente) _____

Servicio Médico (Público en General): _____

En caso de atención médica emergente durante su estancia en el CAI, se le practiquen curaciones menores, se le suministren medicamentos básicos y de ser necesario sea trasladado al Centro Medico Dr. Juan Puig Palacios del ISSET o Servicio médico asignado por el Tutor.

Asimismo, en caso de accidente, así como de patología y/o tratamiento médico, sobre los cuales no haya proporcionado información oportuna y veraz del estado de salud de mi hijo, deslindo de cualquier responsabilidad al personal adscrito al CAI del Instituto de Seguridad Social del Estado.

A T E N T A M E N T E

Nombre y Firma de la Madre/ Padre, Tutor.
(Derechohabiente/Público General)
No. de Cuenta ISSET: _____