

**REGISTRO CLINICO**  
**CICLO ESCOLAR 2024-2025**

Villahermosa, Tabasco; a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

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

El (La) que suscribe \_\_\_\_\_

Notifico a usted que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ con No. de  
Cuenta ISSET \_\_\_\_\_ padece \_\_\_\_\_ de:

Según diagnostico determinado por su médico tratante: \_\_\_\_\_  
Cedula Prof: \_\_\_\_\_

Presentando los signos y síntomas: \_\_\_\_\_

Con el siguiente manejo de (medicamento, terapia, órtesis) \_\_\_\_\_

Mientras mi hijo (a) asista al CAI a su cargo, deslindo al personal de éste de toda responsabilidad respecto al estado de salud, mental, físico, así como el suministro de medicamentos y efectos secundarios, así como por el deterioro o daño que pudiesen presentarse por el uso de aparatos ortopédicos y auxiliares.

**A T E N T A M E N T E**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma de la Madre/ Padre, Tutor.**  
**(Derechohabiente/Público General)**

**Bajo protesta de decir verdad, declaro que los datos asentados son fidedignos**