

ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA NÚM. 6

CLAVE: 20DST0086S

Boulevard. Eduardo Vasconcelos Núm. 300
Tel.: 9515155424, Oaxaca de Juárez, Oax.



ASUNTO: CARTA DE AUTORIZACIÓN MÉDICA

OAXACA DE JUAREZ OAX., A _____ DE _____ 20_____

**C. DIRECTOR DE LA ESC.SEC.TEC. NÚM. 6
P R E S E N T E**

EL QUE SUSCRIBE C. _____ PADRE/MADRE DE FAMILIA O TUTOR (A) DE _____ ALUMNO(A) DEL GRADO _____ GRUPO _____ DE LA INSTITUCIÓN A SU DIGNO CARGO, TENGO BIEN A AUTORIZAR AL PERSONAL DEL SERVICIO MÉDICO, PARA QUE DURANTE EL HORARIO DE CLASES DENTRO DE LA INSTITUCIÓN O EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ESCOLARES FUERA DE ELLA, LE BRINDEN PRIMEROS AUXILIOS, SUMINISTREN MEDICAMENTOS CON LOS QUE EL SERVICIO MÉDICO CUENTE EN EL MOMENTO, LE REALICEN CURACIÓN EN LOS CASOS QUE ASÍ LO AMERITEN Y PARTICIPE EN TODAS LAS ACTIVIDADES Y/O CAMPAÑAS DE SALUD DENTRO DE LA INSTITUCIÓN.

ASÍ TAMBIÉN A TOMAR LAS MEDIDAS DE URGENCIA NECESARIAS EN CASO DE QUE PRESENTE ALGÚN SIGNO O SÍNTOMA DE ENFERMEDAD O LESIÓN POR ACCIDENTE, QUE REQUIERA DE TRASLADO A ALGUNA UNIDAD MÉDICA, EN TANTO ME LOCALICEN Y ACUDA AL LUGAR DONDE SE ENCUENTREN.

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR(A)

DOMICILIO: _____

TELEFONO DE CASA: _____ TRABAJO: _____

TELEFONO CELULAR: _____ ALUMNO(A) DERECHOHABIENTE A: _____