

# 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: \_\_\_\_\_