

CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Zapopan, Jal.

Fecha:

A quien corresponda

Presente.

Por medio de la presente hago constar que el que suscribe en carácter de: (padre, madre o tutor) de (nombre del menor)

cuyos datos personales son:

Nombre completo:

Edad:

Parentesco:

Dirección completa

Teléfono de casa y particular:

Autorizo y doy pleno consentimiento a los médicos del Servicio Médico del Instituto Superior Autónomo de Occidente A.C., administrador y propietario de la Universidad del Valle de Atemajac, UNIVA, para cualquier atención médica y/o atención de urgencia, así como para la administración de fármacos, mientras que el niño mencionado se encuentre en clases y/o dentro de las instalaciones de la Institución. En caso de que mi hijo presente fiebre autorizo se le proporcione: _____ a la dosis acorde a su edad y peso.

Así mismo, declaro que exento de toda responsabilidad al personal médico y a la Institución, en caso de que el menor presente alguna reacción al medicamento, situación desconocida antes de su administración; comprometiéndome a recogerlo en cuanto sea notificado por el personal administrativo de la Institución del malestar que presenta mi hijo.

.....
Nombre y firma del padre y/o representante legal