



CARTA DE DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

Lomas de Cocoyoc, Mor., a ____ de _____ del 20____.

Los que suscribimos: _____

Padres o tutores de: _____ de _____ de _____

Declaramos que en este momento nuestro hijo(a) **Sí** **No** cursa con un Padecimiento Médico Físico o Psicológico Crónico o Agudo. Indique dicho padecimiento: _____

Declaramos que **Si** **No** se encuentra bajo Tratamiento Médico o Terapéutico.

En relación a lo anterior **Sí** **No** autorizamos para que se le proporcione medicamento siguiente: _____ en dosis de _____ cada _____ hrs.

(nombre del medicamento)

En caso de requerirse un medicamento para el Padecimiento Médico Físico o Psicológico Actual de nuestro hijo (a), nosotros lo proporcionaremos con las indicaciones precisas para su administración. Esto será por Escrito por parte de su Médico Tratante, el cual deberá contener como mínimo los siguientes requisitos: Nombre completo del Médico, Especialidad, Cédula Profesional, Teléfono de Contacto para Emergencias, Institución donde estudió, Nombre del paciente, Estado patológico del paciente, Medicamento prescrito, Alergias, así como su firma; lo anterior sin perjuicio de la exigencia de más requisitos establecidos en las leyes aplicables. Dicho documento será entregado al Servicio de Primeros Auxilios del Centro Educativo Cocoyoc (Médica Life).

Nos comprometemos a mantener actualizada esta Información cada 3 meses o antes si fuera necesario, en caso de que nuestro hijo(a) presentara algún padecimiento médico físico o psicológico el cual requiriera de medicamento o atención específica POR UNA EMERGENCIA o para su mejoría.

De no mantener actualizada esta Información o de no haber Informado oportunamente por escrito de cualquier enfermedad, padecimiento o tratamiento médico de nuestro hijo(a) al Servicio de Primeros Auxilios (Médica Life) del Centro Educativo Cocoyoc, los **DESLINDAMOS** de **CUALQUIER RESPONSABILIDAD MEDICO LEGAL** que se pudiese presentar por no haber informado oportunamente por escrito de cualquier cambio en el estado de salud de nuestro hijo(a).

Asimismo, estamos plenamente conscientes que en caso de que se haga llegar formalmente por escrito la instrucción de suministrar medicamentos, acompañada de los mismos, a nuestro hijo(a), en cumplimiento de las indicaciones médicas de parte de nuestro médico, deslindamos de cualquier responsabilidad civil, administrativa, penal o de cualquier otra materia al Personal Educativo, Directivo, de Servicios de Primeros Auxilios (Médica Life), o cualquier personal, específicamente todo lo relacionado a las reacciones médicas que pudieran generar en nuestro hijo(a) el suministro de dichos medicamentos, tales como alergias, shock anafiláctico, alteraciones de la presión arterial, alteraciones de la temperatura, arritmias o cualquier otra alteración o trastorno médico, entendiéndose dichos conceptos en forma enunciativa, no limitativamente.

Atentamente.

Nombre y Firma del Padre

Nombre y Firma de la Madre

Nombre y Firma de Recibido Servicio de Primeros Auxilios