



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL
DIRECCIÓN DE LOS CENDI Y JARDÍN DE NIÑOS



**SOLICITUD DE AUTORIZACION A LA MADRE USUARIA PARA LA
ATENCIÓN MÉDICA DEL NIÑO O NIÑA**

Autorizo al Servicio Médico del: _____

Para que mi hijo o hija _____ durante su permanencia en el CENDI o Jardín de Niños, cuando se requiera pueda recibir atención médica, se practiquen curaciones, se administren medicamentos y sea trasladado al Hospital en caso urgencia médica.

En el caso que se requiera revisión de genitales será notificada vía telefónica previo a la exploración para poder por esta vía autorizarla.

Deslindo de responsabilidad al CENDI o Jardín de Niños de no informar en forma veraz y oportuna de alguna enfermedad y/o tratamiento que presente mi hijo o hija o mi familia tales como enfermedades que son de reporte obligatorio como COVID-19, sarampión, rubeola, entre otras.

Nombre de la madre usuaria

Firma de la madre usuaria

Cd. Universitaria, Cd.Mx., a _____ de _____ del _____