UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NAYARIT
UNIDAD ACADEMICA PREPARATORIA NO. 13
DEPARTAMENTO DE SERVICIO MEDICO T.M.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del alumno (a): ____

Grado, Grupo y Turno: ____

Yo, ____

En mi carácter de padre, madre o tutor. Por medio de la presente manifiesto que he sido informado (a) sobre las funciones del Servicio de Enfermería de la Unidad Académica Preparatoria no. 13 por lo que:

Autorizo al personal del departamento de Enfermería para proporcionar atención de primeros auxilios básicos, valoración inicial, procedimientos básicos de enfermería y, cuando sea necesario la administración de medicamentos de botiquín, así como solicitar apoyo de servicios de emergencia.

Entiendo que la atención brindada por el servicio de enfermería no sustituye la valoración ni el tratamiento por un médico, por lo que me comprometo a acudir y dar seguimiento cuando así se indique.

Información del alumno:

¿Padece alguna enfermedad? ____

¿Se encuentra bajo tratamiento médico o toma algún medicamento? ____________________

¿Presenta alguna alergia? ____

Contacto de emergencia:

Nombre: ____

Parentesco: ____

Teléfonos: ____

SEGURO FACULTATIVO UNIVERSITARIO (NSS): ______________________________

____

Firma (Madre, Padre o Tutor)

Escaneado con CamScanner