



**CÍRCULO MEXICANO DE INTEGRACIÓN EDUCATIVA
SECUNDARIA, CICLO ESCOLAR 2018-2019**

DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

ÁREA MÉDICA

La (el) que suscribe _____

Con domicilio en _____

Y teléfono: _____

Se permite informar a usted que mi hijo (a)

(Nombre del alumno(a))

Le fue diagnosticado _____

Por el médico tratante con registro SS y Cédula profesional

Cursa con los siguientes signos y síntomas:

Con el siguiente manejo (medicamentos, terapia, órtesis)

Y mientras mi hijo(a) concurra al colegio a su digno cargo, deslindo al personal de éste de toda responsabilidad respecto al estado de salud mental, físico, así como el uso de medicamentos y sus efectos secundarios, además de aparatos ortopédicos y terapias que reciba por dicho padecimiento.

Atentamente

Sr.(a)

México, D.F. a _____ de _____ de _____