



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

FI-DA-16 / 12142021

ASUNTO: CARTA RESPONSIVA

FECHA	DÍA	MES	AÑO
-------	-----	-----	-----

JEFA O JEFE DEL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL NÚM. _____
PRESENTE

POR MEDIO DE LA PRESENTE, AUN CUANDO FUI INFORMADO POR EL MÉDICO DEL CENDI Y ESTOY CONSCIENTE DEL ESTADO DE SALUD QUE GUARDA EL NIÑO(A) _____ DERIVADO DEL ACCIDENTE O EVENTUALIDAD OCURRIDO HOY EN EL CENDI, DESLINDO DE TODA RESPONSABILIDAD TANTO A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA (UAM) COMO AL PERSONAL DEL CENDI, CONFORME A LO SIGUIENTE:

- AUTORIZO A QUE SE TRASLADE EN AMBULANCIA AL NIÑO(A), AL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE).
- ACEPTO EL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES QUE TIENE CONTRATADO LA UAM Y AUTORIZO EL TRASLADO EN AMBULANCIA DEL NIÑO(A) AL HOSPITAL DESIGNADO PARA CADA CENDI.
- DESEO TRASLADARLO POR MI CUENTA Y HACERME CARGO DE SU ATENCIÓN MÉDICA.

NOTA: SOLO MARCAR UNA OPCIÓN.

MADRE, PADRE O TUTOR
NOMBRE Y FIRMA