



**CÍRCULO MEXICANO DE INTEGRACIÓN EDUCATIVA
SECUNDARIA**

DESLINDE DE RESPONSABILIDADES

ÁREA MÉDICA

La que suscribe _____

con domicilio en _____

y teléfono _____

se permite informar a usted que mi hijo/hija

(Nombre)

Le fue diagnosticado _____

por el médico tratante con registro SS y Cédula profesional

curso con los siguientes signos y síntomas

con el siguiente manejo (medicamentos, terapia, órtesis)

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

Atentamente,

Nombre del padre, madre o tutor

Ciudad de México, a _____ de _____ 20 _____