



Instituto Politécnico Nacional
Secretaría de Administración
Coordinación de Centros de Desarrollo Infantil

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE MEDICAMENTOS Y TRASLADO AL HOSPITAL

Ciudad de México a _____ de _____ de _____.

C. Directora del CENDI. “ _____ ”
P r e s e n t e

Autorizo al Servicio Médico del Centro de Desarrollo Infantil, para que a mi Hijo (a):
_____, inscrito en este Centro, le sean administrados
medicamentos si así lo requiriera, o en caso de urgencia médica sea trasladado(a) a alguna Unidad Hospitalaria.

Nombre y Firma de la Derechohabiente