



Colegio Mundial de Puebla A.C.
PERMISO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
Educación básica 2026-2027

Por medio de la presente, yo _____
(nombre completo del padre, madre o tutor legal del alumno)

En mi carácter de padre, madre o tutor legal del alumno (a)

(nombre completo del alumno(a))

Hago constar y acepto que el colegio no está facultado para dar medicamentos sin la autorización expresa de quien ejerce la patria potestad o tutela del alumno. Sin embargo, dado que pudiera existir alguna situación eventual de salud de mi hijo(a), autorizo de manera expresa al personal del Servicio médico escolar del Colegio Mundial de Puebla A.C. para que únicamente en caso de urgencia o necesidad inmediata, y siempre y cuando no se logre establecer comunicación con alguno de los contactos de emergencia señalados en la "Ficha de salud de alumnos 2026-2027", después de tres intentos de llamadas, pueda administrar al alumno los medicamentos que a continuación se indican:

- | | |
|---|--------------------|
| a) Loratadina. Firma de aceptación: | Firma de negativa: |
| b) Paracetamol. Firma de aceptación: | Firma de negativa: |
| c) Dramamine. Firma de aceptación: | Firma de negativa: |
| d) Diclofenaco (pastillas o pomada). Firma de aceptación: | Firma de negativa: |

Manifiesto que mi hijo(a) NO es alérgico a los medicamentos autorizados en el punto anterior. Asimismo, acepto que tratándose de padecimiento o situación recurrente (aquella en la que el alumno(a) presente de forma reiterada los mismos síntomas o padecimientos y, por tanto, requiera la administración frecuente del mismo medicamento o de un tratamiento médico continuo durante el ciclo escolar,) el Colegio no administrará medicamento alguno hasta que el padre, madre o tutores entregue la receta médica correspondiente y el medicamento prescrito, con las indicaciones necesarias para su correcta administración.

Declaro que libero al Colegio Mundial de Puebla A.C. y a su personal del servicio médico escolar de cualquier responsabilidad moral, civil, penal y cualquier otra, derivada de la administración de los medicamentos autorizados a través de mi firma.

Nombre del padre, madre, o tutor legal del alumno: _____

Firma de aceptación: _____ Firma de negativa: _____ Fecha: _____

PERMISO DE TOMA DE DECISIONES MÉDICAS Y TRASLADO EN CASO DE ACCIDENTE

En caso de accidente cuando ninguno de los contactos de emergencia indicados en la "Ficha de salud de alumnos 2026-2027", conteste después de **tres intentos** de llamadas y la situación lo amerite, yo

(nombre del padre, madre o tutor)

Autorizo al personal del Colegio Mundial de Puebla A.C. para que tome las decisiones médicas urgentes necesarias para salvaguardar la vida, la salud y el interés superior de mi hijo(a) / tutorado(a):

(nombre completo del alumno)

Incluyendo de manera enunciativa mas no limitativa, el traslado en ambulancia al hospital, hasta que alguno de los contactos de emergencia sea localizado. Manifiesto mi conformidad en que, si ninguno de los contactos de emergencia se presenta en el hospital dentro de los 30 minutos posteriores al ingreso del alumno, el Colegio dará aviso al DIF o a cualquiera de las instancias de protección a niños, niñas y adolescentes.

Declaro que libero al Colegio Mundial de Puebla A.C., y a su personal de cualquier responsabilidad moral, civil, penal o cualquier otra, derivada de las acciones tomadas durante el accidente.

Firma de aceptación: _____ Firma de negativa: _____ Fecha: _____