



**Somos COFEPRIS,
somos ARN**



**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD

AUTORIZACION

México D.F. a _____ de _____ del año _____.

Yo _____ quien me identifico con _____

y con domicilio _____

En mi carácter de _____ del menor de edad del cual soy
_____ y habiendo constatado las condiciones sanitarias
del establecimiento, así como las capacidades del personal, autorizo que se le
realice el procedimiento de _____ teniendo
conocimiento pleno de los riesgos y complicaciones, explicadas ampliamente por el

C. _____.

Testigo

Nombre y Firma

Prestador del Servicio.

Nombre y Firma

Padre o Tutor

Nombre y Firma