

LUGAR Y FECHA
NÚMERO DE FOLIO

Yo _____, por medio de la presente Carta de Consentimiento hago constar que he sido debidamente informado por el terapeuta _____ sobre el diagnóstico de mi enfermedad _____, la cual consiste en _____
(detalles breves de la enfermedad)

_____. Por lo cual recibiré el siguiente tratamiento: _____, el cual puede tener los siguientes beneficios, complicaciones y riesgos _____.

CCP Director de la Institución

LUGAR Y FECHA
NÚMERO DE FOLIO

Yo _____, tutor de

(nombre del niño a explorar) _____ por medio de la
presente **Carta de Consentimiento** hago constar que he sido debidamente informado por el
estudiante de TSU Terapia Física Área Rehabilitación de la Universidad Tecnológica de Xicotepec de
Juárez: _____ y
(nombre del terapeuta o estudiante de TSU TFAR)
autorizo la exploración y grabación de mi hijo (a) con fines únicamente educativos por parte de los
estudiantes: _____, la cual
(nombre de los integrantes del equipo)
consiste en _____

(detalles breves de las maniobras a
realizar y desarrollo del video)

Nombre y firma del estudiante jefe de equipo