

Ciudad de México.

Dr. Juan Osvaldo Talavera Piña
Jefe de Enseñanza Médica
Centro Médico ABC
The American British Cowdray Medical Center, I.A.P.

Quien suscribe la presente, en mi calidad de estudiante de posgrado de la especialidad indicada abajo, por medio de la presente, manifiesto que durante mi rotación en The American British Cowdray Medical Center, I.A.P., para cualquier tema relacionado con mi salud será de mi absoluta responsabilidad buscar la atención médica en los centros de salud, hospitales del IMSS o lugares que así considere conveniente sin recaer obligación alguna en esa Institución, de brindarme algún tratamiento. Si por alguna urgencia o decisión personal, debo atenderme en el Centro Médico ABC acepto que deberé de cubrir la totalidad de los gastos que la atención médica conlleve.

Asimismo, manifiesto mi compromiso para seguir todas las medidas de seguridad que la Institución me indique y haré uso del equipo de protección personal conforme a los lineamientos institucionales con la finalidad de evitar cualquier riesgo a mi salud; y reconozco que por mi seguridad, dentro de mi rotación en el Centro Médico ABC, no tendré acceso a áreas Covid.

Por lo anterior, desde ahora libero de cualquier responsabilidad a The American British Cowdray Medical Center I.A.P., a sus funcionarios, empleados, médicos o a quienes sus derechos representen, de cualquier responsabilidad civil, penal o de cualquier otra índole, si es que la hubiera, relacionada con lo anterior.

A t e n t a m e n t e

Nombre completo y firma

Fecha

Especialidad

Institución Sede