CARTA DE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

LOS CABOS, BAJA CALIFORNIA SUR.

QUE EL INSTITUTO MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO E INCLUSIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LOS CABOS, UBICADO EN LOTE Z, MANZANA 16, CALLE ERNESTO ARÁMBURO SAAVEDRA ENTRE CALLE PROFESOR FLAVIO OLACHEA MONTEJANO Y CALLE PROFESORA CONCEPCIÓN OLACHEA MONTEJANO, CP. 23427 EN COLONIA ZACATAL, SAN JOSÉ DEL CABO, BAJA CALIFORNIA SUR, MÉXICO. UTILIZARÁ SUS DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES AQUÍ RECABADOS PARA SER PARTE DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA PERSONA ATENDIDA, PUEDE SER UTILIZADA O REVELADA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL, MÉDICO-HOSPITALARIOS Y DEMÁS FINES RELACIONADOS CON LA SALUD, ESTUDIO, ANÁLISIS, ACTUALIZACIÓN Y CONSERVACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, ESTADÍSTICAS Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DE SALUD, CONSERVACIÓN DE REGISTROS PARA SEGUIMIENTO DE SERVICIOS, PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL FUTURO Y/O CUALQUIER RELACIÓN CONTRACTUAL.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PERSONA ATENDIDA DE NOMBRE

C. _____, (NOMBRE DEL USUARIO)

C. _____, EN SU CARÁCTER DE RESPONSABLE DE (LA/EL) MENOR QUE SE IDENTIFICA CON SU CREDENCIAL DE ELECTOR EXPEDIDA POR EL INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL MANIFIESTA QUE:

AUTORIZO EXPRESAMENTE A **"IMDIS LOS CABOS"** A REALIZAR POR CONDUCTO DEL PERSONAL MÉDICO Y/O CORRESPONDIENTE DEL **"CENTRO DE INCLUSIÓN Y DESARROLLO (CID)"** LA VALORACIÓN INICIAL Y/O CUALQUIER SERVICIO INTEGRAL DE VALORACIÓN INICIAL Y/O CONTINUA DE (EL/LA) MENOR, ASÍ COMO EL ANÁLISIS DE SU HISTORIAL CLÍNICO, PARA DETERMINAR SI CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE ADMISIÓN ESTABLECIDOS POR **"IMDIS LOS CABOS"** PARA SER ATENDIDO (A) EN EL **"CID"**. POR LO QUE MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO EXPRESAMENTE DE LOS REQUISITOS DE ADMISIÓN AL **"CID"**, CONSISTENTES PRINCIPALMENTE EN QUE (EL/LA) NIÑO (A) QUIEN SE REALIZARA LA VALORACIÓN INICIAL Y/O CUALQUIER SERVICIO INTEGRAL DE VALORACIÓN INICIAL O CONTINUO OBJETO DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN, SEA MENOR DE DIECIOCHO AÑOS Y TENGA ALGUNA DISCAPACIDAD NEUROMUSCULO-ESQUELETICA O TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO.

POR ESTE MEDIO MANIFIESTO DE MANERA CLARA, CONSIENTE Y LIBRE QUE AUTORIZO AL INSTITUTO MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO E INCLUSIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LOS CABOS, PARA QUE POR MEDIO DEL CENTRO DE INCLUSIÓN Y DESARROLLO, SE REALICEN TODOS Y CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS QUE SE HAYAN INDICADO Y RECOMENDADO MEDICAMENTE, YA SEAN A TÍTULO GRATUITO U ONEROSO, ASÍ COMO LOS DEMÁS PROCEDIMIENTOS DE CUALQUIER NATURALEZA QUE SE ARROJEN EN EL PROCEDER DE LAS TERAPIAS Y LA LIBERTAD PRESCRIPTIVA, ASÍ MISMO MANIFIESTO QUE SE ME HA INFORMADO QUE LA ATENCIÓN SERÁ TEMPORAL Y NO PERMANENTE.

MANIFIESTO QUE ME HAN SIDO EXPLICADAS LAS TERAPIAS Y PROCEDIMIENTOS A REALIZAR Y LA FORMA EN CÓMO SE PRACTICARAN, ENTENDIENDO QUE ES UNA ALTERATIVA TERAPÉUTICA NO FARMACOLÓGICA PARA PREVENIR, TRATAR Y/O DISMINUIR LA DISCAPACIDAD FÍSICA, INTELECTUAL O DE LENGUAJE Y QUE HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS SOBRE LA VALORACIÓN Y TRATAMIENTO TAMBIÉN RECONOZCO, ACEPTO Y DECLARÓ EXPRESAMENTE QUE EN TODO CASO Y EN VIRTUD DE LA NATURALEZA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS QUE LOS BENEFICIOS Y RESULTADOS DEPENDEN DEL PADECIMIENTO DE ORIGEN Y DEL DIAGNÓSTICO ESTABLECIDO DEL USUARIO, PERO SOBRE TODO LO OPORTUNO DEL TRATAMIENTO.

EN TODO CASO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR MÍ PARTE ES PARA EFECTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA, ACEPTO MI RESPONSABILIDAD QUE ME ASISTE POR LA OMISIÓN O MANIFESTACIÓN HERRADA SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL MENOR A CARGO, POR TAL MANERA EXONERO AL INSTITUTO MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO E INCLUSIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LOS CABOS Y AL H. AYUNTAMIENTO DE LOS CABOS DE TODA RESPONSABILIDAD YA SEA DE CARÁCTER PENAL, CIVIL, ADMINISTRATIVA O DE CUALQUIER OTRA ÍNDOLE.

ASÍ MISMO MANIFIESTO QUE HE LEÍDO Y COMPRENDIDO TODAS LAS DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y JURÍDICAS DEL MANUAL OPERATIVO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS DEL CENTRO DE INCLUSIÓN Y DESARROLLO Y RECONOZCO LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE TIENE Y ESTÁ SUJETO EL USUARIO DENTRO DEL "**CID**", DE IGUAL MANERA DECLARÓ QUE HE LEÍDO A TRAVÉS DE LA PÁGINA OFICIAL TODAS LAS DISPOSICIONES OFICIALES. LA PRESENTE AUTORIZACIÓN SE BASA EN LA FIRMA PARA CONSTANCIA. EN EL MUNICIPIO DE LOS CABOS, BAJA CALIFORNIA SUR, EL DÍA _____DE 2026.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

_____

FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE O PERSONA QUE EJERCE LA TUTORÍA DE LA PERSONA ATENDIDA.

_____

NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO.

_____

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA ATENDIDA