



CONSENTIMIENTO PARA INICIAR PRÁCTICA CLÍNICA O PROFESIONAL

La (el) que suscribe: _____
con número de matrícula _____ **ACEPTO DE MANERA
VOLUNTARIA** acudir al Campus Universitario a tomar mis materias prácticas y de
laboratorio a partir del día FECHA COMPLETA en NOMBRE DEL CAMPO CLÍNICO
O SEDE aun cuando he sido informado (a) de los riesgos sanitarios a los que
puedo estar expuesto (a). Asimismo, me comprometo a implementar todas las
medidas de prevención como el lavado frecuente manos, uso de EPP (equipo
personal de prevención cubrebocas, careta), gel antibacterial y cumplir los
protocolos establecidos por la sede como la toma de temperatura corporal. -----

También asumiré una conducta responsable y daré aviso de manera inmediata a
quien tenga la encomienda de ser mi maestro (a) supervisor (a) o tutor (a) en el
momento que presente algún síntoma que indique sospecha de infección por
coronavirus como tos, fiebre, malestar general, dolor de cabeza, escurrimiento
nasal, etcétera y si fuera el caso, comunicar que he tenido contacto directo con
familiares o amigos infectados por coronavirus. -----

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL ESTUDIANTE

No. MATRÍCULA:

TEL CASA:

E-MAIL:

TEL CEL: