

DESESTIMIENTO A LA ATENCIÓN
DE SERVICIOS MÉDICOS JUNAEB
PROGRAMA SALUD DEL ESTUDIANTE

Yo _____ RUT _____

Madre, padre o apoderado de _____

RUT _____ alumno del curso _____ del Colegio Bulnes , **NO** autorizo

que mi hijo/hija reciba las atenciones médicas de la especialidad de _____ del

área Servicios Médicos del Programa Salud del Estudiante de JUNAEB por lo que me hago

responsable del tratamiento y evolución de su patología.

Firma del apoderado

Fecha: