

RESPONSIVA de MENORES de EDAD  
FICHA MÉDICA

FORMADORES MEXICANOS, A.C. y/o ECYD  
C. Administrador Único de Formadores Mexicanos, A.C.  
P R E S E N T E.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 202\_\_\_\_

Por medio de la presente y en ejercicio de la patria potestad (y/o tutela) que la Ley nos concede, otorgamos nuestra autorización y consentimiento para que nuestro/a hijo/a menor (o pupilo/a) de nombre nombre y apellidos completos del menor,

\_\_\_\_\_ pueda participar en el campamento **YIÓS camp** que se llevará a cabo del día **22 de Julio de 2026 al día 27 de Julio de 2026**, en las instalaciones de **CASA LAGO Sede de la CEM** ubicadas en *San Benito 9, Lago de Guadalupe, 54760 Cuautitlán Izcalli, Estado de México* de acuerdo con el programa que se anexa a la presente y bajo la responsabilidad del **P. Javier Delgado L.C. (en adelante EL FORMADOR)**. Durante el campamento, la custodia y supervisión inmediata del menor será ejercida por el FORMADOR y el equipo designado, quienes actuarán en coordinación con **Formadores Mexicanos, A.C.**, en todo momento velando por el interés superior del menor

De igual forma otorgamos nuestro consentimiento para que nuestro menor hijo(a), participe en las diversas actividades ordinarias y extraordinarias establecidas en el programa **YIÓS camp**, tales como sesiones formativas y apostólicas, eventos deportivos, excursiones, paseos, visitas culturales, peregrinaciones, diálogo de formación, atención personal, acompañamiento y cualquier otra que coadyuve a su formación integral.

Asimismo, otorgamos nuestra autorización y consentimiento para que *nuestro/a hijo/a menor* utilice los medios de transporte organizados o autorizados por **YIÓS camp** para cumplir con el programa anexo.

Autorizamos el uso de medios electrónicos exclusivamente para actividades grupales y supervisadas por los responsables del Campamento. Cualquier contacto con colaboradores de **YIÓS camp** se realizará con conocimiento y supervisión del responsable designado, evitando comunicaciones individuales no autorizadas

Asimismo, nos obligamos a acatar todas las medidas sanitarias que nos sean informadas para la asistencia a las actividades presenciales a efecto de que *nuestro/a menor hijo/a (o pupilo/a)* y nosotros cumplamos con ellas.

Autorizamos a los responsables para que, en caso de emergencia médica, se brinde atención inmediata y, de ser necesario, se realicen traslados a centros médicos, informándonos a la brevedad.

# Tíos

Manifestamos que nuestro hijo(a)

\_\_\_\_\_

[ ☐ ] **sí cuenta** [ ☐ ] **no cuenta** con seguro de gastos médicos mayores en su caso, indicar aseguradora y número de póliza:

ASEGURADORA \_\_\_\_\_

Número de Póliza \_\_\_\_\_

Los gastos médicos que se generen serán cubiertos por el seguro del menor o por nosotros, según corresponda.

Otorgamos consentimiento para el tratamiento de datos personales y de salud del menor, exclusivamente para fines de organización, seguridad y atención médica del evento.

Autorizamos el uso de la imagen y voz del menor para fines institucionales:

[ ☐ ] **Sí autorizamos** [ ☐ ] **No autorizamos**

Asimismo, estoy de acuerdo en que los videos, fotografías o grabaciones a que se refiere el párrafo anterior, podrán reproducirse, publicarse y/o difundirse a través de cualquier medio impreso o electrónico, consintiendo expresamente sobre el carácter público que tendrán.

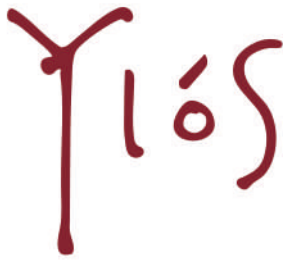
En caso de autorizar el uso de imagen, reconocemos que éste se realizará con respeto a la vida privada, honra, reputación y a la protección de los datos personales del menor, conforme a la legislación aplicable y velando siempre por el interés superior del menor.

En caso de incumplimiento grave a las normas de convivencia, podrá solicitarse que el menor deje de participar en alguna actividad o se determine su salida del evento, informándonos de inmediato y asegurando en todo momento su cuidado y supervisión por un adulto.

Reconocemos que **Formadores Mexicanos, A.C.**, sus representantes y responsables del evento no serán responsables por accidentes o enfermedades que pudieran presentarse durante la actividad, salvo en los casos previstos por la ley o cuando exista negligencia grave, priorizando siempre el interés superior del menor.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA MADRE O TUTORA



## INFORMACIÓN GENERAL

Nombre y apellidos del menor:

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Colegio \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor

\_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Nombre de la madre o tutora

\_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Domicilio:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_

Otro contacto en caso de emergencia

\_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

## DATOS de SALUD

1. Tipo de sangre: \_\_\_\_\_

2. Nombre y teléfono del médico familiar:

\_\_\_\_\_

3. Padecimientos en los últimos doce meses:

\_\_\_\_\_

Tíos

4. Enfermedades crónicas que sufre:

---

---

5. Medicamentos que toma para el control de enfermedad crónica:

---

6. Adjuntar prescripción médica del medicamento en original e instructivo para su administración:

---

7. Alergias que sufre y medicamento que deberá administrarse:

---

8. Medicamentos que pueden administrarse para padecimientos leves y repentinos tales como dolor de cabeza y diarrea:

---

9. Primera persona a la que debe darse aviso en caso de accidente o enfermedad repentina:

---

10. Hospital al que debe trasladarse en caso de emergencia (en la inteligencia de que, si se trata de un caso en el que esté en riesgo la vida, se trasladará al hospital más cercano):

---

Nombre del Voluntario \_\_\_\_\_

Firma del Voluntario \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_