



Consentimiento informado

Fecha _____ Nombre de la escuela _____

Clave de la escuela (CCT) _____

Con motivo de la implementación de la Estrategia Nacional Vida Saludable, se llevaron a cabo Jornadas de Salud Escolar en los planteles públicos de educación primaria del Sistema Educativo Nacional, que comprendieron acciones dirigidas al alumnado como: toma de peso y talla, valoración sobre la salud bucal y la salud visual, así como pláticas sobre la promoción de estilos de vida saludables, a fin de generar, por conducto del Instituto Mexicano del Seguro Social, el respectivo Expediente Digital de Salud Escolar y, en su caso, implementar las acciones de atención procedentes. Como resultado de la información recabada se detectó, entre otras cuestiones, que 3,208,037 de niñas y niños fueron diagnosticados con disminución de agudeza visual.

Por lo que se le exhorta atentamente que acuda con su hija o hijo a las clínicas de Salud Digna A.C. o tienda Coppel, según corresponda, presentando el informe de resultados respectivo, que en su oportunidad le fue entregado, para realizar el examen de la vista conforme al cual se determinará si es necesario que se le entreguen lentes gratuitos.

En el mismo sentido, con la única finalidad de sensibilizar a las madres, padres o personas tutoras respecto a la importancia de atender las recomendaciones de las personas especialistas, contenidas en los informes de resultados de las y los estudiantes que fueron valorados durante las Jornadas de Salud Escolar, se le informa que, de así autorizarlo, sus datos de contacto podrán ser compartidos con las instituciones que colaboran en la implementación de la Estrategia Nacional Vida Saludable, para el envío de mensajes o llamadas de recordatorio, informativas o de orientación, para que acudan a la segunda valoración y, eventualmente, a recoger los lentes gratuitos, cuando así corresponda.

Favor de registrar los siguientes datos:

Por medio del presente documento, (nombre) _____, en mi calidad de (madre, padre o persona tutora) _____ de (nombre de la niña o niño) _____, con CURP _____, quien actualmente cursa el (grado y grupo) _____, manifiesto que autorizo de manera expresa, voluntaria, informada y explícita que el Instituto Mexicano del Seguro Social, previa autorización de la Secretaría de Educación Pública, comparta a las instituciones que colaboran en la implementación de la Estrategia Nacional Vida Saludable mis datos personales y de contacto (número telefónico) _____, para el envío de mensajes o llamadas de recordatorio o de orientación para valoración visual y, de ser el caso, el otorgamiento de lentes gratuitos.

Firma de autorización: _____.

Mensaje de confidencialidad: Todos los datos contenidos en este consentimiento informado serán protegidos conforme a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y en observancia al principio del interés superior de la niñez. La información, los datos de contacto y resultados de las revisiones realizadas a su hija o hijo serán entregados a la madre, padre o persona tutora, así como a las instituciones que participen en la Estrategia Vida Saludable, personal directivo y docente del grupo de su escuela, exclusivamente con fines académicos. La información generada será utilizada con fines estadísticos, para la identificación y atención de los principales problemas de salud de la población escolar.