



**CARTA RESPONSIVA DE RENUNCIA AL SEGURO FACULTATIVO DEL IMSS**

**Centro de Estudios Tecnológicos Industrial y de Servicios No. 31.**

**"Leona Vicario"**

Ciudad de México, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2024.

Yo, \_\_\_\_\_ padre de familia y/o tutor del alumno: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de la carrera \_\_\_\_\_, inscrito (a) en el grado \_\_\_ y grupo \_\_\_  
con Número de Control \_\_\_\_\_, del turno \_\_\_\_\_. **RENUNCIO AL SEGURO  
FACULTATIVO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**, al cual se tiene derecho por ser estudiante de  
esta institución de acuerdo al Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de  
septiembre de 1998 y al Acuerdo de Consejo Técnico ACDO SA1 HCT 281015/246 P DIR publicado en el Diario  
Oficial de la Federación el 16 de diciembre de 2015.

Se me ha notificado que la incorporación y la vigencia a cualquier servicio médico es un requisito que se solicita  
en trámites de salidas académicas, servicio social, prácticas, movilidad estudiantil, así como también la  
existencia de periodos para dicho trámite y que no existen trámites extemporáneos ni urgentes. Manifiesto que,  
soy consciente de los riesgos que puede implicar el no contar con el servicio médico que ofrece el IMSS, en caso  
de una enfermedad o accidente, razón por la cual, **deslindo de toda responsabilidad al Centro de Estudios  
Industrial y de Servicios No. 31**, así como a cualquiera de sus representantes legales ante cualquier accidente o  
situación adversa que pudiera suceder durante su estancia como estudiante de esta institución.

Así mismo, confirmo, bajo protesta de decir verdad que recibí por parte del plantel la información y requisitos  
para la realización de dicho trámite.

De igual manera informo que la institución que me ofrece los servicios de salud y/o médicos es: IMSS ( ), ISSSTE  
( ), SERVICIO MÉDICO MILITAR ( ), SERVICIO MÉDICO NAVAL ( ), OTRO \_\_\_\_\_ y estoy afiliado  
bajo el régimen como: TRABAJADOR/A ( ), HIJO/A DE TRABAJADOR ( ), CÓNYUGE ( ), CONCUBINATO ( ),  
PENSIONADO/A ( ), JUBILADO/A ( ), OTRO \_\_\_\_\_

en la cual el Número de registro (NSS) es \_\_\_\_\_. Anexo la copia de mi INE y Constancia  
de Vigencia de Derechos de mi Servicio Médico.

ATENTAMENTE  
PROTESTO LO NECESARIO

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del padre o tutor

Favor de proporcionar número telefónico en caso de que se requiera

