

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Fecha de solicitud: _____

Diagnóstico: _____

Dirección: (calle y número) _____

Municipio: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono del domicilio (con lada): _____

Teléfono celular del padre: _____ Teléfono celular de la madre: _____

C. electrónico del padre: _____ C. electrónico de la madre: _____

Nosotros: _____ y _____ solicitamos a "Tu Ayuda Integra y
(nombre del padre) (nombre de la madre)

Apoya a la Recuperación Infantil, A.C." (Taiyari, A.C.) apoyo y atención médica para nuestro hijo(a), cuyo nombre aparece al inicio de esta solicitud. Estamos conscientes de que "Taiyari, A.C." es una Asociación Civil sin fines de lucro, con recursos limitados y que hay enfermedades del corazón cuyo costo de atención excede con mucho la capacidad de procuración de fondos de la asociación. Por lo tanto sabemos que "Taiyari A.C." no puede atender a todo paciente que lo solicite. Estamos dispuestos a aceptar la decisión que el Consejo Directivo de la asociación decida con respecto a nuestro caso.

Entendemos la necesidad de que se realice un estudio socio-económico a nuestra familia, cuyo costo de \$500.00 , (Quinientos pesos 00/100 m.n.) estamos dispuestos a cubrir.

Declaramos que **NO CONTAMOS** con derecho de atención en el **IMSS, ISSSTE, PEMEX** o servicios médicos dependientes de la **Secretaría de la Defensa y/o Armada de México.**

Queda entendido que en todo momento proporcionaremos información verídica y completa para la realización del estudio socio-económico y para la atención médica de nuestro hijo(a). Entendemos que el hecho de falsear o/y omitir información hará que el caso de nuestro hijo(a) quede automáticamente descalificado como beneficiario y no tendremos derecho a volver a hacer trámite o solicitud alguno ante la asociación.

Estamos enterados y de acuerdo en que todas las cirugías y procedimientos médicos, especialmente en la atención del corazón, implican riesgos de resultados insatisfactorios, complicaciones, lesiones, e incluso la muerte, por causas conocidas o imprevistas y que no hay certeza o garantía del resultado. Por lo que liberamos a "Tu Ayuda Integra y Apoya a la Recuperación Infantil, A.C." de toda responsabilidad al respecto.

Sabemos que alguna complicación pudiera hacer que el costo del procedimiento excediera la capacidad de pago de Taiyari, A.C. por lo que en el remoto caso de que esto sucediera, aceptamos que nuestro hijo(a) sea trasladado(a) a alguna institución del sector salud que pueda recibirlo para terminar su atención.

Una vez que el Consejo haya analizado y aceptado el caso de nuestro hijo(a), aceptamos que entraremos en la lista de espera. Dándome a conocer la fecha del procedimiento, no podré posponerla por cuenta propia sin perder mi lugar en dicha lista de espera.

Nombre del padre: _____ Nombre de la madre: _____

Lugar y fecha de nacimiento _____ Lugar y fecha de nacimiento _____

Firma _____ Firma _____