Asunto: **MANIFESTACIÓN DE CONTAR CON**

**ACCESO A LA ASISTENCIA MÉDICA, A TRÁVES**

**DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Cuautitlán Izcalli, Estado de México a, \_\_\_\_\_\_ de agosto de **2025.**

**DRA. YOLANDA CHIÑAS MERINO**

**DIRECTORA DE LA ESCUELA**

**PREPARATORIA OFICIAL NÚM. 126**

**P R E S E N T E.**

Quien suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tutor legal del estudiante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del grado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ turno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de esta institución, manifiesto que mi hijo(a).

(Marcar con una “**X**” sólo UNA OPCIÓN)

( ) **Si** cuenta con servicio médico (seguridad social), otorgado por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; por tal motivo decido que lo conserve, **renunciando por el momento**, al que le ofrece el Gobierno Federal, a través de esta institución, asumiendo las consecuencias que de ello deriven y aceptando que en caso de necesitar un documento de constancia de estudios, asumiré el costo de la misma.

( ) **No cuenta** con ningún servicio médico, por lo tanto, **solicito sea afiliado al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)**, ofrecido por el Gobierno Federal, a través de esta **institución** y **sabiendo que mi hijo (a) sólo puede tener un servicio de Seguridad Social,** reconozco quesi se detecta, que existe doble registro de Seguridad Social ante el IMSS, perderá el que le otorgan en su calidad de estudiante.

Por lo anterior, **ME COMPROMETO** a entregar el documento de número de seguridad social por los medios que se me solicitan, al momento de formalizar la inscripción o reinscripción, **EL NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL QUE PODRÉ DESCARGAR DE LA PÁGINA DEL IMSS** [**https://www.imss.gob.mx**](https://www.imss.gob.mx)**, caso contrario, eximo de toda responsabilidad a la institución, por la omisión de mi acto.**

**A T E N T A M E N T E**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre y firma de tutor legal