



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 febrero de **2026.**

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: (colocar el
nombre de la institución que le otorga dicho servicio) _____;
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 (EPOEM 126)** y **sabiendo que mi hijo (a) sólo puede tener
un servicio de Seguridad Social**, reconozco que si 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>, 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 la madre, padre o tutor legal