



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CURSO-TALLER: "MINISOCORRISTAS"

Fecha del curso: 28 de noviembre de 2025 Horario: 8:00 a 13:00 horas Modalidad: Presencial
Lugar: Instalaciones de la División de Educación Continua, Facultad de Enfermería y Obstetricia UNAM. Av. Río Mixcoac
21 Col. Crédito Constructor C.P. 03940, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México (cerca de la parada del metrobús Río
Churubusco).

I. Datos del participante (niña o niño):

Nombre completo: _____ Edad: _____ años
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Teléfono de contacto: _____
Condición médica (alergias, lipotimias, enfermedades, toma algún medicamento) _____

II. Datos del padre, madre o tutor(a):

Nombre completo: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Domicilio: _____
Relación con el participante: _____

III. Descripción del curso

El curso-taller "Mini socorristas" tiene como propósito que las y los participantes adquieran, de manera lúdica y práctica, conocimientos básicos sobre primeros auxilios, autocuidado y apoyo en situaciones de emergencia. Durante el curso se desarrollarán actividades teóricas y prácticas adaptadas a la edad de las y los menores, bajo la supervisión del personal docente y de apoyo de la División de Educación y Extensión Universitaria de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UNAM.

IV. Consentimiento informado:

Yo, _____, en calidad de madre, padre o tutor(a) del(a) menor _____, declaro haber sido informado(a) sobre los objetivos, actividades, duración y medidas de seguridad establecidas para el curso "Minisocorristas". Autorizo de manera libre y voluntaria la participación de mi hijo(a) en el curso, reconociendo que todas las actividades están diseñadas para su aprendizaje y recreación, y que estarán bajo la supervisión de personal capacitado.

☐ Sí autorizo la participación de mi hijo(a) en el curso "Minisocorristas".

V. Uso de imagen (opcional):

Durante el curso podrán tomarse fotografías o videos con fines académicos y de difusión institucional.

☐ Sí autorizo el uso de la imagen de mi hijo(a) con fines institucionales.

☐ No autorizo el uso de la imagen de mi hijo(a).

VI. Firmas:

Lugar y fecha: _____

Firma del padre, madre o tutor(a): _____

Nombre y firma del responsable del curso: _____

División de Educación Continua y Extensión Universitaria

Facultad de Enfermería y Obstetricia, UNAM

AVISO DE PRIVACIDAD

La Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, a través de su División de Educación Continua, es responsable del tratamiento de los datos personales recabados en el presente formato, los cuales serán utilizados con la finalidad de registrar y gestionar la participación de niñas y niños en el curso "Minisocorristas", así como para fines académicos, administrativos y de seguridad. Los datos personales no serán transferidos a terceros, salvo en los casos previstos por la ley. Usted puede ejercer sus derechos ARCO y consultar el aviso de privacidad integral en: https://www.enfermeria.unam.mx/aviso_privacidad.html