



**CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA  
MEDICINA LABORAL  
AUTORIZACION DE RIESGOS BIOLÓGICOS**

Folio: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente hago constar:

Que soy consciente y he recibido información sobre Riesgos Biológicos que incluye las Medidas Preventivas Básicas en Hospitales y las obligaciones de los trabajadores contenidas en los lineamientos para la gestión de riesgos biológicos de la dirección general de epidemiología, NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. Entendiendo y aceptando los riesgos que por mi actividad laboral se presentan.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

\_\_\_\_\_  
Número y puesto de Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Jefe de servicio

DR. LUIS JAVIER BATRESS HERNANDEZ  
Encargado de seguridad e higiene laboral

\_\_\_\_\_  
Recursos humanos