

[Nombre Completo del Responsable]
[Dirección del Responsable]
[Ciudad, Estado, Código Postal]
[Correo Electrónico]
[Número de Teléfono]

[Fecha]

[Nombre del Director o Responsable del Hospital]
[Título o Cargo del Director]
[Nombre del Hospital o Institución de Salud]
[Dirección del Hospital o Institución de Salud]
[Ciudad, Estado, Código Postal]

Asunto: **Carta Responsiva para Atención Hospitalaria**

Estimado/a **[Nombre del Director]**,

Por la presente, yo, **[Nombre Completo del Responsable]**, en mi calidad de **[padre/madre/tutor legal]** de **[Nombre Completo del Paciente]**, quien se encuentra bajo mi cuidado, asumo la plena responsabilidad en relación con la atención médica que se le proporcionará a **[Nombre del Paciente]** en **[Nombre del Hospital o Institución de Salud]**.

Certifico que:

1. **He sido informado/a sobre el procedimiento, tratamiento o intervención que se realizará, así como sobre los riesgos y beneficios asociados.**
2. **Autorizo a [Nombre del Hospital o Institución de Salud] a llevar a cabo la atención médica necesaria de acuerdo con las recomendaciones del personal médico.**
3. **Me comprometo a proporcionar toda la información relevante sobre la salud y el historial médico de [Nombre del Paciente] que sea necesaria para una correcta atención.**

Me comprometo a:

1. **Cumplir con todas las indicaciones y recomendaciones proporcionadas por el personal médico y de enfermería durante el período de tratamiento.**
2. ****Responsabilizarme por cualquier decisión tomada en relación con la atención de [Nombre del Paciente] durante el tiempo en que esté bajo el cuidado de [Nombre del Hospital o Institución de Salud].**
3. **Asumir la responsabilidad financiera por los servicios prestados, conforme a los términos establecidos con el hospital y mi seguro médico.**

A partir de la fecha de esta carta, asumo toda la responsabilidad por la atención hospitalaria de **[Nombre del Paciente]** y me comprometo a cumplir con todas las obligaciones relacionadas. Si necesita información adicional o desea discutir cualquier aspecto relacionado con la atención médica, por favor no dude en contactarme al **[Número de Teléfono]** o por correo electrónico a **[Correo Electrónico]**.

Agradezco su atención y colaboración en este asunto.

Atentamente,

[Nombre Completo del Responsable]

[Firma del Responsable]