

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

[Fecha]

[Nombre del Doctor o Personal Médico]
[Título o Cargo del Doctor]
[Nombre del Hospital o Clínica]
[Dirección del Hospital o Clínica]
[Ciudad, Estado, Código Postal]

Asunto: **Carta Responsiva para [especificar el procedimiento o tratamiento]**

Estimado/a [Nombre del Doctor o Personal Médico],

Por la presente, yo, [Nombre Completo del Responsable], en mi calidad de [padre/madre/tutor legal] de [Nombre Completo del Paciente], quien está bajo mi cuidado, asumo la plena responsabilidad en relación con el procedimiento médico o tratamiento que se realizará a [Nombre del Paciente] en [Nombre del Hospital o Clínica].

Certifico que:

1. **He sido informado/a de manera clara y completa sobre el procedimiento, tratamiento, o intervención médica a realizar, incluyendo los riesgos, beneficios y posibles efectos secundarios.**
2. **Autorizo a [Nombre del Doctor o Personal Médico] a proceder con el tratamiento o intervención médica según lo discutido y acordado.**
3. **He proporcionado toda la información relevante sobre el historial médico y las condiciones de salud de [Nombre del Paciente] para asegurar una adecuada atención.**

Me comprometo a:

1. **Seguir todas las instrucciones y recomendaciones dadas por el personal médico antes, durante y después del procedimiento o tratamiento.**
2. **Asumir la responsabilidad por cualquier decisión relacionada con la atención médica de [Nombre del Paciente] y de actuar en conformidad con las recomendaciones médicas.**
3. **Cumplir con las obligaciones financieras relacionadas con el tratamiento o procedimiento, según los términos establecidos con el hospital, clínica o mi seguro médico.**

A partir de la fecha de esta carta, asumo toda la responsabilidad por el tratamiento médico 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]