# Modelo de Carta de Autorización para Tratamiento Médico

[Nombre de la empresa o institución médica]  
[Dirección de la empresa o institución médica]  
[Ciudad, estado, país]  
[Teléfono de la empresa o institución médica]  
[Fecha]  
  
[Nombre completo del paciente]  
[Dirección del paciente]  
[Ciudad, estado, país]  
  
Estimado/a [nombre del médico o encargado del tratamiento médico],  
  
Por medio de la presente, yo, [nombre completo del paciente], otorgo mi autorización expresa a [nombre de la empresa o institución médica] para llevar a cabo el tratamiento médico necesario y adecuado para mi condición de salud.  
  
Entiendo y acepto que los médicos y el personal sanitario de [nombre de la empresa o institución médica] podrán realizar todos los procedimientos médicos, cirugías, pruebas y tratamientos necesarios y apropiados para garantizar mi bienestar y restablecimiento de la salud.  
  
Autorizo expresamente a [nombre de la empresa o institución médica] a acceder y utilizar todos los registros médicos, historial clínico, pruebas diagnósticas y documentos relacionados con mi condición de salud, necesarios para la realización del tratamiento.  
  
Además, autorizo a [nombre de la empresa o institución médica] a revelar y transmitir cualquier información médica o registros necesarios a otros profesionales de la salud o instituciones médicas involucradas en mi tratamiento, siempre y cuando sea con el fin de proporcionar una atención médica adecuada y de calidad.  
  
Entiendo que el tratamiento médico puede conllevar ciertos riesgos y efectos secundarios, y acepto asumir dichos riesgos. Asimismo, entiendo que tengo derecho a recibir información detallada sobre el tratamiento propuesto, incluyendo los beneficios, riesgos y alternativas disponibles, y a formular preguntas o dudas adicionales antes de dar mi consentimiento final.  
  
Por último, autorizo a [nombre de la empresa o institución médica] a facturar y cobrar los servicios médicos prestados a través de mi seguro médico o sistema de salud correspondiente. Me comprometo a pagar cualquier copago, deducible u otros gastos no cubiertos por mi seguro médico.  
  
Agradezco su atención y cuidado en la prestación de los servicios médicos necesarios para mi recuperación. Por favor, háganme saber si necesitan cualquier información adicional para llevar a cabo el tratamiento.  
  
Atentamente,  
  
[Firma del paciente]  
[Nombre del paciente impreso]