

CARTA COMPROMISO DE RESPONSABILIDAD POR EQUIPO MÉDICO EN RENTA

_____, a ____ de _____ de 202__

Oficina de Servicio Médico Externo

P r e s e n t e.

Por este medio, manifiesto y acepto que el equipo de apoyo médico que se describe a continuación:

Debe ser refrendado cada 6 meses, proporcionando informe médico actualizado y el formulario de Consulta Externa correspondiente, a la Oficina de Servicio Médico Externo, a través del correo electrónico atencionmedica@banxico.org.mx y que asumo mi responsabilidad como titular y/o familiar responsable de:

- Derechohabiente (paciente):
- Clave:
- CUID:

De llevar a mi derechohabiente (paciente) a las consultas médicas que correspondan para la evaluación correspondiente y la obtención de informe y formulario.

Quedando informado que, de no realizarse el trámite arriba mencionado, será (n) retirado (s) el (los) servicio (s) de apoyo, 5 días hábiles posteriores a la fecha de finalización de la autorización inicial del servicio, deslindando de cualquier responsabilidad al médico tratante y/o Plan de Salud.

A t e n t a m e n t e,

Nombre _____

Firma _____