**CARTA RECONOCIMIENTO DE ADEUDO**

NO DE FOLIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SERVICIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ciudad de México a\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20 .

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_por la presente reconozco y me obligo a pagar incondicionalmente la cantidad de $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al **INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA,** por concepto de prestación de Servicios Médicos generados durante la estancia de mi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en esta Institución, a partir del día tiempo en que se extendió el alta otorgada por el médico tratante, adeudo que me comprometo a cubrir en su totalidad al **INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA,** en el domicilio sito Calzada. México, Xochimilco, No. 289, Colonia Arenal de Guadalupe, Alcaldía de Tlalpan, Ciudad de México, la cantidad señalada con vencimiento el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el que se cubrirá la suma total del adeudo.

Para el caso de no dar cumplimiento con los compromisos en este acto contraído con el **INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA,** éste tiene plena libertad de ejercitar las acciones legales que correspondan.

**NOMBRE DEL DEUDOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DOMICILIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TELÉFONOS: FIJO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CELULAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DOCUMENTO CON EL QUE SE IDENTIFICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que los datos proporcionados son ciertos y corresponden a mi domicilio actual, de conformidad con el comprobante de domicilio que para tal efecto proporciono.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA DEL DEUDOR**

**Aviso de Privacidad:** El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INRLGII), garantiza el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales recabados en este documento, los cuales serán de uso exclusivo para dar atención al expediente clínico electrónico como lo establece el Art. 25 de la Ley General de Protección de datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.