Click here to enter text.

Click here to enter text. **Enviado por: Correo ordinario y certificado**

Click here to enter text.

Click here to enter text.

Ref.: Aviso de terminación de la relación entre el paciente y el médico

Estimado(a) Click here to enter text.,

Por la presente hago de su conocimiento la terminación de la relación entre paciente y médico, y le informo que a partir de los 30 días de la fecha de esta carta yo no podré proporcionarle atención médica por la siguiente razón:

* Click here to enter text.
* Click here to enter text.
* Click here to enter text.

Le recomendamos que se ponga en contacto con su médico de atención primaria y hable con él sobre una remisión o recomendación a otro médico. Usted también puede llamar al departamento de servicios para miembros de su compañía de seguro médico para que le faciliten una lista de otros especialistas.

Si usted necesita una copia de su historial clínico, por favor póngase en contacto con el Departamento de registros médicos de Texas Tech University Health Sciences Center El Paso llamando al teléfono (915) 215-4487.

Si durante este espacio de 30 días usted requiere atención médica urgente, por favor vaya al departamento de urgencias médicas de su elección.

Atentamente,