

Ciudad: _____

Fecha: _____

Nombre del nuevo médico o clínica: _____

Dirección del nuevo médico o clínica: _____

Asunto: Solicitud de traslado de registros médicos

Estimado/a _____:

Me dirijo a usted para solicitar el traslado de mis registros médicos desde _____ a su consulta. He decidido cambiar de proveedor de atención médica por _____.

Mis datos son los siguientes:

Número de identificación: _____

Nombre completo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Por favor, coordinen con _____ para obtener una copia completa de mis registros médicos, incluyendo historial clínico, resultados de pruebas y cualquier otra información relevante.

Adjunto encontrará una carta de autorización firmada por mí, permitiendo el acceso a mis registros médicos.

Le agradezco su cooperación en este proceso y espero que el traslado se realice de manera eficiente.

Atentamente,

Firma: _____

Nombre: _____