[Ciudad], [Fecha]
[Nombre del nuevo médico o clínica]
[Dirección del nuevo médico o clínica]

Asunto: Solicitud de traslado de registros médicos

Estimado/a [nombre del destinatario]:

Me dirijo a usted para solicitar el traslado de mis registros médicos desde [nombre del médico o clínica actual] a su consulta. He decidido cambiar de proveedor de atención médica por [razón, por ejemplo, mudanza, preferencia por el nuevo proveedor, etc.]

Mis datos son los siguientes:

Número de identificación: [NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN]
Nombre completo: [NOMBRE COMPLETO]
Dirección: [DIRECCIÓN]
Teléfono: [TELÉFONO]

Por favor, coordinen con [nombre del médico o clínica actual] 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 completo]