



SU LOGOTIPO

Carta de seguimiento

(Fecha)

(Nombre del paciente)

(Dirección del paciente)

Estimado (Nombre del paciente),

Usted (canceló o no se presentó a) su cita de seguimiento el (indicar la fecha) sin hacer reprogramación. Hemos intentado varias veces volver a programar su cita perdida. Hasta la fecha, aún no ha respondido a nuestros intentos. Ya que no hemos sabido nada de usted, solo podemos concluir que ha dejado de tener interés por nuestra práctica.

La atención continua es esencial para su salud, y si no se respeta el plan de tratamiento acordado pueden haber consecuencias considerables. (Si el paciente tiene alguna condición que requiere atención específica, conviene indicar el tipo de atención, así como las consecuencias de no cumplir con el seguimiento, en términos sencillos. Si el paciente tiene un padecimiento que necesita seguimiento periódico, indique la frecuencia y urgencia del seguimiento, y las consecuencias de no hacer el seguimiento en el intervalo de tiempo recomendado, en un lenguaje claro y agradable para el paciente.)

Si no tenemos noticias suyas antes del (fecha de al menos 30 días desde la fecha de la carta), lamentablemente ya no podremos servirle como su proveedor. Le recomendamos que encuentre otro proveedor para que pueda atender sus necesidades de asistencia médica (indique el tipo de necesidades, si se requiere atención médica continua, como por ejemplo, el tratamiento para curar infecciones activas). Los retrasos podrían comprometer su salud.

Seguiremos disponibles para ofrecer únicamente servicios de emergencia, hasta (la misma fecha que se especificó anteriormente) cuando tenga la oportunidad de encontrar otro proveedor para asumir el cuidado de su salud. Si necesita un formulario de autorización para liberar el registro médico, en caso de que no desee recibir atención con nosotros, por favor notifíquelo a nuestra oficina con el nombre y la dirección de su nuevo proveedor. Tras recibir la autorización firmada, reenviaremos una copia de su historia clínica. También nos complacería analizar sus condiciones médicas con el proveedor que asuma su cuidado.

Atentamente,

(Escriba el Nombre del Proveedor)

CC: Archivo de reducción de riesgos



[DIRECCIÓN DE LA OFICINA]

[NÚMERO DE TELÉFONO]

[CORREO ELECTRÓNICO]