

**SAMPLE PATIENT TERMINATION LETTER**  
**USE DEPARTMENT LETTERHEAD**

Date

Certified Mail # \_\_\_\_\_

Patient Address

Estimado(a) \_\_\_\_\_  
(*Patient's Name*)

Esta carta es para informarle que ya no vamos a poder continuar sirviendole como su doctores y por lo tanto no le vamos a poder dar atención medica 30 días despues de recibída esta carta.

Como usted sabe, usted tiene una condición medica que requiere una atención medica mas avanzada. Nosotros sugerimos que consulte un servicio local de referencias para doctores, sociedad medica de su condado, o las paginas amarillas de su directorio telefónico lo mas pronto possible para que usted pueda encontrar otro doctor que assuma responsabilidad en su cuidado medico.

Nosotros continuaremos con los cuidados de rutina y cuidados de emergencia por lo menos 30 días mientras usted encuentra otro doctor.

Nosotros ayudaremos al doctor que usted elija, mandando a el / ella copia de us archivos medicos, incluyendo información de su diagnostico y tratamientos que nosotros le administramos.

Sinceramente,

\_\_\_\_\_  
(Physician's Signature)

Departamento de \_\_\_\_\_

**Instructions**

1. Retype the letter onto TTUHSC letterhead;
2. A reason for the dismissal may be given but is not necessary;
3. Include the telephone numbers of the local physician referral service and county medical society whenever possible.
4. Send this letter to patient by certified mail with return receipt requested and regular mail;
5. File copy of letter and delivery receipt in patient=s chart;
6. If unable to reach the patient by mail, or in the alternative, the letter may be hand-delivered at an appointment and documented in the medical record;
7. This is a sample and may be modified - please call Risk Management for assistance.