

Solicitando un cambio de medicinas

– Carta modelo

[Fecha]

[Nombre del médico]

[Nombre de la clínica u hospital]

[Dirección del médico]

[Ciudad, Estado, Código postal]

Asunto: Solicitud de cambio de medicinas para [Nombre del niño]

Querido [Nombre del médico],

Les escribo para hablarles de mi hijo/a, [Nombre del niño/a], que actualmente está bajo su cuidado y recibe [nombre del medicamento actual].

Tras una cuidadosa observación y consideración, me gustaría solicitar un cambio en su medicina. [Utilice este espacio para explicar los motivos de la solicitud de cambio de medicación. Por ejemplo, puede describir los efectos secundarios experimentados, la falta de mejoría, los cambios en los síntomas u otras preocupaciones.]

Agradezco su continuo apoyo y atención en el cuidado de la salud de [Nombre del niño/a]. Por favor, hágame saber si necesita información adicional o si hay alguna medida que debemos tomar antes de ajustar la medicina. Espero poder hablar con usted sobre este tema lo antes posible.

Gracias por su comprensión y ayuda.

Sinceramente,

[Su nombre]

[Su dirección] [Ciudad, Estado, Código postal]

[Correo electrónico]

[Número de teléfono]

¿Necesita ayuda para personalizar esta carta? Póngase en contacto con PPMD a través de ppmd.org/contact para hablar con un Socio Familiar que le brindará apoyo y responderá a todas sus preguntas.