

Attachment A

Department of XXX
<Street Address>
El Paso, TX XXXXX

Date:

Dear <Patient Name>:

This letter will inform you that as of xx/xx/xxxx I will no longer be providing XXXXXXXXXXXX services at Texas Tech University Health Sciences Center El Paso.

(Choose one of the following)

1. You may continue to receive XXXXXXXXXXXX services at Texas Tech by one of my colleagues. To schedule an appointment, please call 915-215-xxxx

OR

2. Please contact your PCP or insurance company to obtain information and referrals for a provider who can address your health needs.

OR

3. Our records indicate that you have an appointment scheduled with me on xx/xx/xxxx. We will reschedule you with another one of our providers. You should receive a letter with this new appointment information within the next two weeks. If you do not, please call xxx-xxx-xxxx to reschedule.

Should you need a copy of your medical records or wish to have it forwarded to another provider, please contact Texas Tech Medical Records Department at (915) 215-4482 Fax (915) 545-6696.

Attachment A

Departamento de
<Street Address>
El Paso, TX

Fecha:

Estimado <Patient Name>:

Esta carta es para informarle que a partir del xx/xx/xxxx dejaré de prestar servicios de XXXXXXXXXX en Texas Tech University Health Sciences Center de El Paso.

(Choose one of the following)

1. Usted puede continuar recibiendo servicios de XXXXXXXXXX por uno de mis colegas. Por favor llame al teléfono 915-215-xxxx para programar una cita.
2. Por favor llame a su PCP (médico familiar) o compañía de seguro médico para obtener referencias e información para consultar a un médico que pueda tratar sus necesidades médicas.
3. Nuestro registro indica que usted tiene una cita programada conmigo el día xx/xx/xxxx. Reprogramaremos su cita con otro de nuestros proveedores de atención médica. Usted debe recibir una carta con información de su nueva cita durante las próximas dos semanas. Si usted no recibe esta información, por favor llame al teléfono xxx-xxx-xxxx para reprogramar su cita

Si usted necesita una copia de su historial médico o desea que enviemos esta información a otro proveedor de servicios médicos, por favor llame al Departamento de Archivos Médicos de Texas Tech al teléfono (915) 215-4482. El teléfono del Fax es (915) 545-6696.