Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estimado/a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

Medical Direct Care, PLC se ve en la necesidad de informarle que dejaremos de administrar su atención médica debido a que **usted no ha colaborado en su atención médica ni ha cumplido con las recomendaciones de tratamiento**.

Medical Direct Care, PLC estará disponible para brindar cualquier tratamiento de emergencia que sea necesario durante los **30 días posteriores a la fecha de esta carta**. Le recomendamos que busque atención en otra clínica o con otro médico sin demora.

Si envía una solicitud por escrito, le enviaremos sus registros médicos al médico de su elección. Adjuntamos un formulario de autorización de divulgación de registros. Complete el formulario, fírmelo y coloque la fecha con un bolígrafo y envíelo a nuestra oficina por fax, al 931-221-0602, o por correo, a 190 Hatcher Ln, Suite B Clarksville, TN 37040.

Atentamente,

Dr. Gregory Fryer

Medical Direct Care, PLC