

Modelo de Carta Documento por Amparo de Salud

[Nombre del remitente]
[Dirección del remitente]
[Ciudad, Código Postal]
[Teléfono del remitente]
[Correo electrónico del remitente]
[Fecha]

[Nombre del destinatario]
[Dirección del destinatario]
[Ciudad, Código Postal]

Asunto: Amparo de Salud

Estimado/a [Nombre del destinatario],

Me dirijo a usted en calidad de [tu relación con el destinatario], a fin de presentar una solicitud de amparo de salud en virtud de [mencionar la ley, reglamento u otros fundamentos legales aplicables].

El propósito de esta carta es solicitar su asistencia y apoyo para obtener el acceso a los servicios de atención médica necesarios para mi condición de salud. Me he enfrentado a dificultades considerables para obtener la atención adecuada y oportuna que mi condición exige, lo cual ha afectado significativamente mi calidad de vida.

De acuerdo con la ley [mencionar la ley, reglamento u otros fundamentos legales aplicables], tengo derecho a recibir atención médica de calidad y sin demoras indebidas. Sin embargo, hasta la fecha, no se han tomado las medidas necesarias para garantizar que mis necesidades médicas sean satisfechas de manera adecuada.

En este contexto, le solicito que, en calidad de [cargo o posición del destinatario], tome las medidas necesarias para:

1. Garantizar el acceso inmediato a [detallar los servicios de atención médica necesarios].
2. Instituir un seguimiento efectivo de mi caso, asegurando que se brinde la atención médica requerida de manera oportuna.
3. Proporcionar los recursos necesarios para el tratamiento de mi condición de salud, incluyendo medicamentos, tratamientos, terapias y cualquier otro procedimiento recomendado por profesionales de la salud cualificados.

Por la presente carta de amparo de salud, solicito formalmente que se tomen todas las

acciones necesarias para asegurar que se me brinde la atención médica adecuada y oportuna, de acuerdo con la legislación vigente.

Asimismo, le notifico que de no recibir una respuesta satisfactoria a esta solicitud dentro de un plazo razonable de [mencionar un plazo adecuado, por ejemplo, 15 días hábiles], me veré en la necesidad de recurrir a medidas legales adicionales para garantizar el acceso a los servicios de atención médica requeridos.

Agradezco de antemano su pronta atención y estoy a su disposición para proporcionar cualquier información o documentación adicional que pueda requerir para la evaluación de mi caso.

Atentamente,

[Nombre y firma del remitente]