[Fecha]

Señores

Nombre de la EPS o entidad responsable de la atención médica

Dirección de la entidad

Ciudad, Departamento

Asunto: Solicitud de Cirugía según la Ley Colombiana

Estimados señores,

Yo, [Tu nombre completo], identificado(a) con [tu número de identificación], me dirijo a ustedes respetuosamente para presentar una solicitud de cirugía, de conformidad con lo establecido en la Ley Colombiana y las normativas vigentes en materia de salud y derechos del paciente.

Motivo de la solicitud:

Mediante la presente solicitud, solicito formalmente la realización de una cirugía [especificar el tipo de cirugía o procedimiento requerido], con el objetivo de abordar un problema de salud diagnosticado y mejorar mi calidad de vida. Dicha cirugía ha sido recomendada por mi médico tratante como el tratamiento más adecuado para mi condición médica.

Detalle de la solicitud:

A continuación, proporciono los detalles específicos relacionados con mi solicitud de cirugía:

Información personal:

Nombre completo: [Escribe tu nombre completo tal como aparece en tus documentos de identidad].

Número de identificación: [Indica tu número de identificación].

Dirección de residencia: [Especifica tu dirección de residencia completa].

Número de contacto: [Proporciona un número de teléfono o correo electrónico para que puedan comunicarse contigo].

Información médica:

Diagnóstico médico: [Describe el diagnóstico médico que respalda la necesidad de la cirugía].

Recomendación médica: [Indica la recomendación específica de tu médico tratante para la realización de la cirugía].

Justificación de la necesidad de la cirugía: [Explica cómo la cirugía contribuirá a tu bienestar y mejorará tu condición médica].

Fundamento legal:

Fundamenta tu solicitud en el derecho a la salud y en las normativas aplicables, como la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) y las disposiciones relacionadas con los derechos del paciente.

Adjunto a esta solicitud los siguientes documentos que respaldan mi solicitud de cirugía:

Copia de mi cédula de ciudadanía o documento de identificación.

Informes médicos y estudios diagnósticos que respalden la necesidad de la cirugía.

Cualquier otro documento que sea relevante para respaldar mi solicitud.

Solicito encarecidamente que se tramite mi solicitud de cirugía de acuerdo con la normativa vigente y se me brinde una pronta respuesta. De conformidad con las normativas aplicables, se establece la necesidad de una evaluación médica y la asignación de un plazo razonable para la realización de la cirugía.

Agradezco de antemano su atención y pronta respuesta a mi solicitud. Quedo a disposición para proporcionar cualquier información adicional que sea necesaria.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente,

[Tu nombre completo]

[Tu número de identificación]

[Tu dirección de contacto]

[Tu número de teléfono]

[Tu correo electrónico]