**[IMPRIMIR EN PAPEL CON MEMBRETE PROFESIONAL]**

[ FECHA]

[NOMBRE DEL PROPIETARIO/PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD DE PROPIETARIOS]

[DIRECCIÓN DEL PROPIETARIO/DE LA COMUNIDAD DE PROPIETARIOS]

Estimado [ARRENDADOR/PRESIDENTE DE ASOCIACIÓN DE PROPIETARIOS]:

Llevo consultando médicamente a [NOMBRE DEL PACIENTE] desde [FECHA DE LA PRIMERA CITA]. Conozco del padecimiento médico de [NOMBRE DEL PACIENTE] y las importantes limitaciones funcionales que este implica. Estas limitaciones incluyen [LISTA DE LAS LIMITACIONES PARA LAS QUE SE NECESITAN LAS MODIFICACIONES O LOS AJUSTES RAZONABLES SOLICITADOS].

[NOMBRE DEL PACIENTE] necesita [MODIFICACIÓN(ES) O ADAPTACIONES RAZONABLE(ES) SOLICITADA(S) para seguir residiendo en la comunidad y disfrutar de su hogar. [DESCRIBA CÓMO LA(S) ADAPTACIÓN(ES) O MODIFICACIÓN(ES) AYUDARÁ(N) AL PACIENTE A UTILIZAR Y DISFRUTAR DE LAS INSTALACIONES].

Gracias por su pronta atención y cooperación para ayudar a [NOMBRE DEL PACIENTE] con este asunto.

Atentamente,

[FIRMA DEL PROFESIONAL MEDICO]

[NOMBRE Y CARGO DEL PROFESIONAL MEDICO].