

[Nombre completo]
[Cargo]
[Nombre del Hospital o Institución]
[Ciudad, Estado, Código Postal]
[Fecha]

A quien corresponda,

Es un honor para mí recomendar con entusiasmo a **[Nombre del médico residente]** para cualquier posición dentro del campo de la medicina. He tenido el privilegio de supervisar a **[Nombre del médico residente]** durante su residencia en **[Nombre del Hospital o Institución]**, donde ha demostrado ser un profesional excepcional y un activo valioso para nuestro equipo médico.

Durante su tiempo como residente, **[Nombre del médico residente]** ha mostrado un profundo compromiso con el aprendizaje y un notable progreso en el desarrollo de sus habilidades clínicas. Su capacidad para manejar casos complejos, tomar decisiones informadas y trabajar eficazmente bajo presión ha sido impresionante. Además, ha demostrado una habilidad excepcional para comunicarse con los pacientes y sus familias, proporcionando un cuidado compasivo y comprensivo.

Es conocido por su ética laboral impecable y su dedicación al servicio médico. Siempre muestra iniciativa para mejorar sus conocimientos y habilidades, participando activamente en actividades de educación médica continua y contribuyendo positivamente al entorno de aprendizaje en nuestra institución.

Su habilidad para colaborar efectivamente con otros profesionales de la salud y su disposición para asumir responsabilidades adicionales destacan su capacidad para crecer y adaptarse en un entorno hospitalario dinámico.

Recomiendo a **[Nombre del médico residente]** con confianza y entusiasmo para cualquier posición médica o de investigación. Estoy seguro/a de que continuará destacándose y haciendo contribuciones significativas dondequiera que decida ejercer su carrera médica.

Por favor, no dude en ponerse en contacto conmigo si necesita más información o detalles adicionales sobre la experiencia de trabajo de **[Nombre del médico residente]**. Puede comunicarse conmigo por correo electrónico a **[Correo Electrónico]** o por teléfono al **[Teléfono]**.

Atentamente,

[Firma (si es una carta impresa)]

[Nombre completo]
[Cargo]
[Nombre del Hospital o Institución]

