

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA < Nombre del beneficiario, fecha de nacimiento: mes/día/año >

Después de hablar con usted preparamos esta lista de medicamentos. Para hacerlo también usamos la información de < mencione las fuentes de información >.

- Use las líneas en blanco para agregar medicamentos nuevos y ponga las fechas en las que comenzó a tomarlos.
- Tache los medicamentos que ya no toma, ponga las fechas y el motivo por el que dejó de tomarlos.
- Pídale a sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de la salud de su

Actualice la lista incluyendo:

- ┆ Los medicamentos recetados
- ┆ Los de venta libre
- ┆ Hierbas
- ┆ Vitaminas
- ┆ Minerales

equipo de atención médica que actualicen la lista de medicamentos en cada visita.

Si tiene que atenderse en la sala de emergencia o en el hospital, lleve con usted su lista de medicamentos. Compártala con sus familiares y con quien lo cuida.

PREPARADO EL: < FECHA >

Alergias o efectos secundarios: < Mencione las alergias del beneficiario así como los medicamentos que toma y los efectos secundarios >

Medicamento: < Ingrese el nombre genérico y de marca del medicamento(s) que toma, la potencia y la dosis. >	
Cómo lo toma: < La terapia que le ordenaron, incluya la potencia, dosis y frecuencia (por ejemplo, 1 píldora (20 mg) diaria por boca), los aparatos para usarla e instrucciones adicionales si correspondiera >	
Para qué lo toma: < Mencione las indicaciones o el uso médico >	Proveedor: < Nombre del médico >
< Ponga otro título(s) o borre este casillero>: < Ingrese información opcional sobre el medicamento, instrucciones adicionales, identificadores del producto, objetivos de la terapia, la farmacia, etc. y cambie el título de este casillero según sea apropiado. Si no usa este casillero, bórralo. >	
Fecha en la que comencé a tomarlo: < Tal vez sea una fecha estimada por el plan o informada por el beneficiario. Puede dejarlo en blanco para que lo llene el beneficiario >	Fecha en la que dejé de tomarlo: < déjelo en blanco para que lo llene el beneficiario >
Dejó de tomarlo por: < Déjelo en blanco para que lo llene el beneficiario >	

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA < *Nombre del beneficiario, fecha de nacimiento: mes/día/año* > (Continuación)

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
< <i>Ponga otro título(s) o borre este casillero</i> >:	
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
< <i>Ponga otro título(s) o borre este casillero</i> >:	
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
< <i>Ponga otro título(s) o borre este casillero</i> >:	
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
< <i>Ponga otro título(s) o borre este casillero</i> >:	
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA < Nombre del beneficiario, fecha de nacimiento: mes/día/año > (Continuación)

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
< Ponga otro título(s) o borre este casillero >:	
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
< Ponga otro título(s) o borre este casillero >:	
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
< Ponga otro título(s) o borre este casillero >:	
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Otra Información:

Para preguntas sobre la lista de medicamentos, llame a <787-620-2530 (área metro) o al 1-866-627-8183 (libre de costo), de lunes a domingo de 8:00am a 8:00pm. Usuarios TTY/TDD (personas con impedimentos auditivos) deben llamar al 1-866-627-8182.>

De conformidad con la Ley de reducción de los trámites burocráticos de 1995, nadie estará obligado a responder a una solicitud de información a menos que se identifique con un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. El número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto para esta recolección de información es 0938-1154. El tiempo necesario para completar esta solicitud es en promedio, 40 minutos incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, seleccionar los datos necesarios y completarla. Si tiene comentarios sobre el tiempo estimado para responder o sugerencias para mejorar este formulario, sírvase escribir a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182)。

Aviso para informar al público sobre los requisitos de accesibilidad y no discriminación

MCS Advantage, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MCS Advantage, Inc. no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

MCS Advantage, Inc.:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con nuestra Unidad de Querellas y Apelaciones.

Si considera que MCS Advantage, Inc. no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo al siguiente: Unidad de Querellas y Apelaciones; MCS Advantage, Inc.; P.O. Box 195429, San Juan, PR, 00919-5429; 787-620-2530 (área metropolitana), 1-866-627-8183 (libre de cargos); 1-866-627-8182 (usuarios de TTY); 787-620-1337 (fax). Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal o fax. Si necesita ayuda para hacerlo, nuestra Unidad de Querellas y Apelaciones está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de EE. UU., de manera electrónica a través del portal para querellas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.