

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

Actualice la lista incluyendo:

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

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 >
Dejé 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:
< 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:	

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:	

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 <ingrese la información de contacto del proveedor del MTM, el número de teléfono, fechas/horas, TTY, etc. >

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.

