

PLAN DE ACCIÓN PARA < *Nombre del beneficiario, fecha de nacimiento:*
mes/día/año >

Este plan de acción le permitirá obtener los mejores resultados si:

1. Lee “Acerca de lo que hablamos.”
2. Sigue los pasos mencionados en “Lo que debo hacer”.
3. Anota “Lo que hice y cuándo lo hice.”
4. Anota “Mi plan de seguimiento” y “Las preguntas que quiero hacer.”

Cuando hable con sus médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud de su equipo de atención médica, tenga a mano su plan de acción. Compártalo también con sus familiares y con la persona que lo cuida.

PREPARADO EL: < *FECHA* >

Acerca de lo que hablamos: < <i>Describe el tema tratado</i> >	
Lo que debo hacer: < <i>Las actividades recomendadas al beneficiario</i> >	Lo que hice y cuándo lo hice: < <i>Deje el espacio en blanco para que lo use el beneficiario</i> >

Acerca de lo que hablamos:	
Lo que debo hacer:	Lo que hice y cuándo lo hice:

Acerca de lo que hablamos:	
Lo que debo hacer:	Lo que hice y cuándo lo hice:

Acerca de lo que hablamos:	
Lo que debo hacer:	Lo que hice y cuándo lo hice:

Acerca de lo que hablamos:	
Lo que debo hacer:	Lo que hice y cuándo lo hice:

Mi plan de seguimiento (escriba los pasos próximos): < Deje el espacio en blanco, es para uso del beneficiario >
--

Las preguntas que quiero hacer (preguntas sobre los medicamentos o la terapia): < Deje el espacio en blanco, es para uso del beneficiario >

Si tiene preguntas sobre el plan de acción, llame a *<ingrese la información de contacto del proveedor del MTM, el número de teléfono, fechas/horas, TTY, etc. >*