

**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* >

<b>Medicamento:</b> < Ingrese el nombre genérico y de marca del medicamento(s) que toma, la potencia y la dosis. >	
<b>Cómo lo toma:</b> < 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 >	
<b>Para qué lo toma:</b> < Mencione las indicaciones o el uso médico >	<b>Proveedor:</b> < Nombre del médico >
<b>&lt; Ponga otro título(s) o borre este casillero&gt;:</b> < 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. >	
<b>Fecha en la que comencé a tomarlo:</b> < Tal vez sea una fecha estimada por el plan o informada por el beneficiario. Puede dejarlo en blanco para que lo llene el beneficiario >	<b>Fecha en la que dejé de tomarlo:</b> < déjelo en blanco para que lo llene el beneficiario >
<b>Dejó de tomarlo por:</b> < Déjelo en blanco para que lo llene el beneficiario >	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<b>Otra Información:</b>
--------------------------

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