



LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA **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.

<p>Actualice la lista incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Los medicamentos recetados <input type="checkbox"/> Los de venta libre <input type="checkbox"/> Hierbas <input type="checkbox"/> Vitaminas <input type="checkbox"/> 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:

<p>Alergias o efectos secundarios:</p>

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejó de tomarlo por:	



LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA (Continuación)

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
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:
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:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	



LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA (Continuación)

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
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:
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:
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.