

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA	Fecha de nacimiento:
--	-----------------------------

Esta lista de medicamentos fue hecha para usted después de nuestra conversación. También usamos información de los datos clínicos suministrados por las reclamaciones de su médico y/o farmacia.

- Utilice los espacios en blanco para añadir nuevos medicamentos. Luego complete las fechas en que comenzó a tomarlos.
- Tache los medicamentos cuando ya no los tome. Después escriba la fecha y el motivo por el que dejó de tomarlos.
- Consulte a sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica de su equipo de atención para actualizar esta lista en cada consulta.

Mantenga esta lista actualizada con la siguiente información:

- medicamentos con receta
- medicamentos de venta libre
- medicamentos herbales
- vitaminas
- minerales

Si concurre al hospital o a la sala de emergencias, lleve esta lista. También compártala con su familia o sus cuidadores.

FECHA DE PREPARACIÓN:

Alergias o efectos secundarios:

Medicamento:	
Cómo lo tomo:	
Por qué lo tomo:	Persona que emite la receta:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Motivo por el que dejé de tomarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo tomo:	
Por qué lo tomo:	Persona que emite la receta:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Motivo por el que dejé de tomarlo:	

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA

Fecha de nacimiento:

(continuación)

Medicamento:	
Cómo lo tomo:	
Por qué lo tomo:	Persona que emite la receta:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Motivo por el que dejé de tomarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo tomo:	
Por qué lo tomo:	Persona que emite la receta:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Motivo por el que dejé de tomarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo tomo:	
Por qué lo tomo:	Persona que emite la receta:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Motivo por el que dejé de tomarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo tomo:	
Por qué lo tomo:	Persona que emite la receta:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Motivo por el que dejé de tomarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo tomo:	
Por qué lo tomo:	Persona que emite la receta:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Motivo por el que dejé de tomarlo:	

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA (continuación)	Fecha de nacimiento:
--	-----------------------------

Medicamento:	
Cómo lo tomo:	
Por qué lo tomo:	Persona que emite la receta:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Motivo por el que dejé de tomarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo tomo:	
Por qué lo tomo:	Persona que emite la receta:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Motivo por el que dejé de tomarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo tomo:	
Por qué lo tomo:	Persona que emite la receta:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Motivo por el que dejé de tomarlo:	

Otra información:

Si tiene preguntas sobre su lista de medicamentos, comuníquese con el Departamento de manejo del tratamiento farmacológico de Elderplan al 877-472-3915 (TTY: 855-405-8233) entre las 9 a. m. y las 6 p. m. (hora estándar del este), de lunes a viernes.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control OMB válido. El número OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1154. Se estima que el tiempo promedio necesario para realizar esta recopilación de información es de 40 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes y recabar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. Si tiene algún comentario con respecto a la precisión de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escribanos a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.