

|  |
| --- |
| Lista Personal de Medicamentos Para fecha de nacimiento:  |
| Después de hablar con usted preparamos esta lista de medicamentos. Para hacerlo también usamos la información de los datos clínicos proporcionados por su médico y/o sus reclamaciones de farmacia.* 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:  |
|  |
| 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 < Nombre del beneficiario, fecha de nacimiento: mes/día/año > (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:  |
|  |
| 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 < Nombre del beneficiario, fecha de nacimiento: mes/día/año > (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:  |
|  |
| 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 < Nombre del beneficiario, fecha de nacimiento: mes/día/año > (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:  |
|  |
| 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 Clinical Support Services, Inc. (CSS) al 855-428-5738 entre las 8 AM y las 5 PM (hora estándar del centro), de lunes a viernes.

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