



LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA (Nombre y Fecha de Nacimiento)

Esta lista de medicamentos puede ayudar a mantener un registro de sus medicamentos y como usarlos de la manera adecuado.

- 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:

Alergias o efectos secundarios:

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

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA (Nombre y Fecha de Nacimiento)

(Continuación)

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

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA (Nombre y Fecha de Nacimiento)

(Continuación)

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
Notas:	
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:
Notas:	
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:
Notas:	
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 su médico, farmacéutico, o proveedor del programa de control de la terapia de medicamentos, disponibles de Lunes a Viernes de 8:30 AM a 6 PM EST. al: 1-833-215-1137. Usuarios de TTY deben llamar al 711, Lunes a Viernes de 8:00 AM a 6 PM EST.

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.