



< Ingrese la fecha >

< Ingrese el nombre del beneficiario >

< Ingrese la dirección del beneficiario 1 >

< Ingrese la dirección del beneficiario 2 >

< Ingrese la ciudad, estado, código postal del beneficiario >

< Espacio adicional para uso optativo del plan/proveedor para códigos de barra, número de referencia del documento, título o número del caso >

Saludo < Ingrese el nombre del beneficiario > ,

Gracias por hablar conmigo el día <ingrese fecha de CMR > acerca de su salud y medicamentos. Para hacer seguimiento a nuestra conversación, le adjunto dos documentos:

1. Su **Lista de Cosas Para Hacer** incluye los pasos que usted debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos.
2. Su **Lista de Medicamentos** le ayudará a monitorear sus medicamentos y saber cuándo y cómo tomarlos.

Si usted quiere hablar acerca de estos documentos adjuntos, por favor llámme/nos <ingrese el nombre del proveedor del MTM/departamento> al < ingrese la información de contacto del proveedor del MTM/plan, el número de teléfono, fechas/horas, TTY, etc. >.

Espero poder trabajar con usted y sus doctores para asegurarnos que sus medicamentos son efectivos.

Muchas gracias por su atención,

< Ingrese el nombre del MTM proveedor >

< Ingrese el título del MTM proveedor >, < Ingrese el nombre del plan de la Parte D/ la farmacia/ organización >

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

Lista de Cosas Por Hacer

Preparado el: < Fecha de la Revisión Integral de Medicamentos (CMR) >

Usted podrá obtener los mejores resultados de sus medicamentos completando todos los pasos en esta “**Lista de Cosas por Hacer.**”



Lleve su “**Lista de Cosas por Hacer**” cuando visite su médico. Y compártala con su familia y cuidadores.

Mi Lista de Cosas por Hacer

| | |
|--|---|
| Acerca de lo que hablamos: < Ingrese resumen de discusión para el tema 1 > | Lo que debo hacer: <input type="checkbox"/> < Inserte acción a seguir para el tema 1 > <input type="checkbox"/> < Inserte acción a seguir para el tema 1 > |
|--|---|

| | |
|--|---|
| Acerca de lo que hablamos: < Ingrese resumen de discusión para el tema 2 > | Lo que debo hacer: <input type="checkbox"/> < Inserte acción a seguir para el tema 2 > <input type="checkbox"/> < Inserte acción a seguir para el tema 2 > |
|--|---|

| | |
|--|---|
| Acerca de lo que hablamos: < Ingrese resumen de discusión para el tema 3 > | Lo que debo hacer: <input type="checkbox"/> < Inserte acción a seguir para el tema 3 > <input type="checkbox"/> < Inserte acción a seguir para el tema 3 > |
|--|---|

| | |
|--|---|
| Acerca de lo que hablamos: < Ingrese resumen de discusión para el tema 4 > | Lo que debo hacer: <input type="checkbox"/> < Inserte acción a seguir para el tema 4 > <input type="checkbox"/> < Inserte acción a seguir para el tema 4 > |
|--|---|

Información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados para < Nombre del beneficiario >, Fecha de nacimiento: < Fecha de nacimiento >

Cómo desechar de forma segura los medicamentos recetados no utilizados

Preparado el: < *Fecha de la Revisión Integral de Medicamentos (CMR)* >

Lista de Medicamentos

Preparado el: < Fecha de la Revisión Integral de Medicamentos (CMR) >



Lleve su Lista de Medicamentos cuando vaya al médico, hospital, o sala de emergencia. Y compártala con su familia o cuidadores.



Anote cualquier cambio en la forma como toma sus medicamentos.
Tache los medicamentos que ya no toma.

| Medicamento | Cómo lo tomo | Por qué lo tomo | Médico |
|---|--|--|-------------------------------|
| < Ingrese el nombre genérico y de marca del medicamento, la potencia, y la dosis de los medicamentos que toma actualmente > | < Ingrese la terapia que le ordenaron (por ejemplo, 1 tableta por vía oral diaria), los aparatos para usarla e instrucciones adicionales si correspondiera > | < Ingrese indicaciones o el uso médico > | < Ingrese nombre del médico > |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Añada nuevos medicamentos de receta, medicamentos de venta libre, productos herbarios, vitaminas, y minerales en las líneas en blanco abajo.

| Medicamento | Cómo lo tomo | Por qué lo tomo | Médico |
|-------------|--------------|-----------------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

! Alergias:

< *Ingrese información sobre alergias* >

! Efectos secundarios que he tenido:

< *Ingrese información sobre efectos secundarios* >

 **Otra Información:**

< *Opcional* >



Mis notas y preguntas: