

**LISTA DE MEDICAMENTOS PERSONALES PARA \_\_\_\_\_**

Esta lista de medicamentos se realizó para usted después de nuestra conversación. También utilizamos información de:

- Utilice las filas en blanco para agregar nuevos medicamentos. A continuación, complete las fechas en que comenzó a consumirlos.
- Tache medicamentos cuando ya no los utilice. A continuación, escriba la fecha y la razón por la que dejó de consumirlos.
- Pídale a sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica que actualicen esta lista en cada visita.

Mantenga esta lista actualizada con:

- Medicamentos recetados
- Medicamentos de venta libre
- Productos a base de hierbas
- Vitaminas
- Minerales

Si tiene que recurrir al hospital o sala de emergencia, lleve esta lista con usted. Comparta esta lista también con su familia o cuidadores.

**Fecha de preparación:** \_\_\_\_\_

**Alergias o efectos secundarios:**

<b>Medicamento:</b>	
<b>Forma en que lo uso:</b>	
<b>Razón por la que lo uso:</b>	<b>Médico que lo recetó:</b>
<b>Otro dato (especifique):</b>	
<b>Fecha en que empecé a consumirlo:</b>	<b>Fecha en que dejé de consumirlo:</b>
<b>Motivo por el cual dejé de consumirlo:</b>	

**LISTA DE MEDICAMENTOS PERSONALES PARA \_\_\_\_\_**

<b>Medicamento:</b>	
<b>Forma en que lo uso:</b>	
<b>Razón por la que lo uso:</b>	<b>Médico que lo recetó:</b>
<b>Otro dato (especifique):</b>	
<b>Fecha en que empecé a consumirlo:</b>	<b>Fecha en que dejé de consumirlo:</b>
<b>Motivo por el cual dejé de consumirlo:</b>	

<b>Medicamento:</b>	
<b>Forma en que lo uso:</b>	
<b>Razón por la que lo uso:</b>	<b>Médico que lo recetó:</b>
<b>Otro dato (especifique):</b>	
<b>Fecha en que empecé a consumirlo:</b>	<b>Fecha en que dejé de consumirlo:</b>
<b>Motivo por el cual dejé de consumirlo:</b>	

<b>Medicamento:</b>	
<b>Forma en que lo uso:</b>	
<b>Razón por la que lo uso:</b>	<b>Médico que lo recetó:</b>
<b>Otro dato (especifique):</b>	
<b>Fecha en que empecé a consumirlo:</b>	<b>Fecha en que dejé de consumirlo:</b>
<b>Motivo por el cual dejé de consumirlo:</b>	

**LISTA DE MEDICAMENTOS PERSONALES PARA \_\_\_\_\_**

<b>Medicamento:</b>	
<b>Forma en que lo uso:</b>	
<b>Razón por la que lo uso:</b>	<b>Médico que lo recetó:</b>
<b>Otro dato (especifique):</b>	
<b>Fecha en que empecé a consumirlo:</b>	<b>Fecha en que dejé de consumirlo:</b>
<b>Motivo por el cual dejé de consumirlo:</b>	

<b>Medicamento:</b>	
<b>Forma en que lo uso:</b>	
<b>Razón por la que lo uso:</b>	<b>Médico que lo recetó:</b>
<b>Otro dato (especifique):</b>	
<b>Fecha en que empecé a consumirlo:</b>	<b>Fecha en que dejé de consumirlo:</b>
<b>Motivo por el cual dejé de consumirlo:</b>	

<b>Otra información:</b>
--------------------------

Si tiene alguna pregunta sobre su lista de medicamentos, llame al 1-877-866-3735, lunes a viernes, de 7 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-367-8939.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de OMB. El número válido de OMB para esta solicitud de información es 0938-1154. Se estima que el tiempo necesario promedio para completar esta solicitud de información sea de 37,76 minutos por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la solicitud de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de la estimación o estimaciones de este tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.