

DANH SÁCH THUỐC CÁ NHÂN DÀNH CHO _____

Danh sách thuốc này được kê cho quý vị sau khi chúng ta trao đổi với nhau. Chúng tôi cũng sử dụng thông tin từ:

- Bổ sung các thuốc mới vào những dòng trống. Sau đó điền ngày quý vị bắt đầu sử dụng thuốc.
 - Xóa những thuốc mà quý vị không còn sử dụng. Sau đó ghi ngày và lý do tại sao ngừng sử dụng thuốc.
 - Hỏi bác sĩ, dược sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị để cập nhật danh sách này vào mỗi lần thăm khám.
- Luôn cập nhật danh sách này với:
- Thuốc theo toa
 - Thuốc không cần toa
 - Thảo dược
 - Vitamin
 - Khoáng chất

Nếu quý vị vào bệnh viện hoặc phòng cấp cứu, hãy mang theo danh sách này. Đồng thời hãy cho gia đình hoặc người chăm sóc của quý vị biết về danh sách thuốc này.

Ngày chuẩn bị: _____

Dị ứng hoặc các tác dụng phụ:

Thuốc:

Cách tôi sử dụng thuốc:

Lý do tôi sử dụng thuốc:

Người kê toa:

Khác (ghi rõ):

Ngày tôi bắt đầu sử dụng thuốc:

Ngày tôi ngừng sử dụng thuốc:

Lý do tôi ngừng sử dụng thuốc:

DANH SÁCH THUỐC CÁ NHÂN DÀNH CHO _____

Thuốc:	
Cách tôi sử dụng thuốc:	
Lý do tôi sử dụng thuốc:	Người kê toa:
Khác (ghi rõ):	
Ngày tôi bắt đầu sử dụng thuốc:	Ngày tôi ngừng sử dụng thuốc:
Lý do tôi ngừng sử dụng thuốc:	

Thuốc:	
Cách tôi sử dụng thuốc:	
Lý do tôi sử dụng thuốc:	Người kê toa:
Khác (ghi rõ):	
Ngày tôi bắt đầu sử dụng thuốc:	Ngày tôi ngừng sử dụng thuốc:
Lý do tôi ngừng sử dụng thuốc:	

Thuốc:	
Cách tôi sử dụng thuốc:	
Lý do tôi sử dụng thuốc:	Người kê toa:
Khác (ghi rõ):	
Ngày tôi bắt đầu sử dụng thuốc:	Ngày tôi ngừng sử dụng thuốc:
Lý do tôi ngừng sử dụng thuốc:	

DANH SÁCH THUỐC CÁ NHÂN DÀNH CHO _____

Thuốc:	
Cách tôi sử dụng thuốc:	
Lý do tôi sử dụng thuốc:	Người kê toa:
Khác (ghi rõ):	
Ngày tôi bắt đầu sử dụng thuốc:	Ngày tôi ngừng sử dụng thuốc:
Lý do tôi ngừng sử dụng thuốc:	

Thuốc:	
Cách tôi sử dụng thuốc:	
Lý do tôi sử dụng thuốc:	Người kê toa:
Khác (ghi rõ):	
Ngày tôi bắt đầu sử dụng thuốc:	Ngày tôi ngừng sử dụng thuốc:
Lý do tôi ngừng sử dụng thuốc:	

Thông Tin Khác:

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về danh sách thuốc của mình, hãy gọi số 1-877-866-3735, Thứ Hai - Thứ Sáu, 7 giờ sáng tới 5 giờ tối. Những người sử dụng TTY/TDD nên gọi số 1-800-367-8939.

Theo Đạo Luật Cắt Giảm Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không ai bị bắt buộc phải đáp ứng yêu cầu thu thập thông tin trừ khi thông tin đó có số kiểm soát OMB hợp lệ. Số OMB hợp lệ để thu thập thông tin này là 0938-1154. Thời gian cần thiết để hoàn thành việc thu thập thông tin này ước tính trung bình là 37,67 phút cho mỗi câu trả lời, bao gồm thời gian xem lại hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn dữ liệu hiện có, tập hợp dữ liệu cần thiết, điền và xem lại thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc gì về độ chính xác của thời gian ước tính hay có gợi ý để cải thiện mẫu đơn này, vui lòng gửi thư tới: CMS, Người nhận: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.