

LISTA DE MEDICAMENTOS PERSONALES PARA: _____

Fecha de nacimiento: _____

Esta lista de medicamentos fue creada para usted después de que hablamos. También usamos información de los datos de reclamos de medicamentos con receta médica.

- Use los renglones en blanco para agregar nuevos medicamentos. Luego complete las fechas en las que empezó a usarlos.
- Tache los medicamentos cuando ya no los usa. Luego escriba la fecha y por qué dejó de usarlos.
- Pídale a sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidados de salud de su equipo de cuidados que actualicen la lista en cada visita.

Mantenga esta lista actualizada con:

- medicamentos con receta
- medicamentos de venta libre
- suplementos herbales
- vitaminas
- minerales

Si va al hospital o sala de emergencia, lleve esta lista con usted. También compártala con su familia o personas que cuidan de usted.

FECHA DE PREPARACIÓN:

Alergias o efectos secundarios:

Medicamento:

Cómo lo uso:

Por qué lo uso:

Médico que receta:

Fecha en que comencé a usarlo:

Fecha en que terminé de usarlo:

Por qué dejé de usarlo:

Medicamento:

Cómo lo uso:

Por qué lo uso:

Médico que receta:

Fecha en que comencé a usarlo:

Fecha en que terminé de usarlo:

Por qué dejé de usarlo:

LISTA DE MEDICAMENTOS PERSONALES PARA: _____
Fecha de nacimiento: _____

(continuación)

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Médico que receta:
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que terminé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Médico que receta:
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que terminé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Médico que receta:
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que terminé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Médico que receta:
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que terminé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Médico que receta:
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que terminé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

LISTA DE MEDICAMENTOS PERSONALES PARA: _____
Fecha de nacimiento: _____

(continuación)

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Médico que receta:
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que terminé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Médico que receta:
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que terminé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Médico que receta:
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que terminé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

Otra información:

Si tiene alguna pregunta acerca de su lista de medicamentos, llame a SinfoníaRx al número gratuito 1-844-866-3735, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. Hora del Pacífico; usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-367-8939.

En conformidad con la Ley de Reducción de Papeleo (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona estará obligada a responder a una recolección de información a menos que conste de un número de control OMB válido. El número OMB válido para esta recolección de información es 0938-1154. El tiempo requerido para completar esta recolección de información se estima en un promedio de 40 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para leer las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recolección de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.