

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA*fecha de nacimiento:*

Después de hablar con usted preparamos esta lista de medicamentos. Para hacerlo también usamos la información de *< mencione las fuentes de información >*.

- 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:

Fecha en la que comencé a tomarlo:

Fecha en la que dejé de tomarlo:

Dejó de tomarlo por:

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA
(Continuación)

fecha de nacimiento:

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

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA*fecha de nacimiento:*

| | |
|---|---|
| Medicamento: | |
| Cómo lo toma: | |
| Para qué lo toma: | Proveedor: |
| | |
| 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: |
| | |
| 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: |
| | |
| 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 *(ingrese la información)*

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
