



LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA:

- 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 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:

< Ponga otro título(s) o borre este casillero >:

Fecha en la que comencé a tomarlo:

Fecha en la que dejé de tomarlo:

Dejé de tomarlo por:

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA
(Continuación)

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
(Continuación)

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 su lista de medicamentos, llame gratis al número 1-800-293-7102, de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. (ET). Si usted tiene problemas de audición, por favor marque el número del Servicio de Retransmisión Nacional al 711.

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, 37.76 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.