



< Ingresar fecha de la carta >

< Ingresar nombre del miembro >

< Ingresar dirección 1 del miembro >

< Ingresar dirección 2 del miembro >

< Ingresar ciudad, estado y código postal del miembro >

Estimado(a) < Ingresar nombre del miembro >:

Gracias por hablar conmigo el < Ingresar fecha de la Comprehensive Medication Review (CMR, Revisión de Medicamentos Completa) > sobre su salud y sus medicamentos. Para continuar con nuestra conversación, incluí dos documentos:

1. La **Lista de tareas pendientes recomendadas** le explica los pasos que debe dar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos.
2. La **Lista de medicamentos** le ayudará a llevar un registro de sus medicamentos y le explicará cómo administrarlos.

Si desea hablar sobre estos documentos, comuníquese con < Ingresar nombre del proveedor de Medication Therapy Management (MTM, Administración de Tratamientos con Medicamentos)/departamento > usando la siguiente información: < Ingresar información de contacto del proveedor de MTM/plan, número de teléfono, días/horarios, TTY, etc. >.

Espero poder trabajar con usted y con sus médicos para asegurarnos de que obtenga buenos resultados con sus medicamentos.

Atentamente,

< Ingresar nombre del proveedor de MTM >

< Ingresar cargo del proveedor de MTM>, < Ingresar nombre del plan de la Parte D/nombre de la farmacia/nombre de la organización >

De acuerdo con la Paperwork Reduction Act (PRA, Ley de Reducción de Trámites) de 1995, ninguna persona está obligada a contestar un pedido de recopilación de información, salvo que se muestre un número de control válido de la Office of Management and Budget (OMB, Oficina de Administración y Presupuesto). El número de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1154. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en 40 minutos promedio por respuesta; incluye el tiempo dedicado a leer las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la información recopilada. Si tiene comentarios sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, A/A: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.

A55543MADD-SP_0125

Y0118_25_011A_SP_C 01082025

H2819_25_011A_SP_C Approved 01102025

Lista de tareas pendientes recomendadas para < Ingresar nombre del miembro >, fecha de nacimiento: < Ingresar fecha de nacimiento del miembro >

Lista de tareas pendientes recomendadas

Fecha de preparación: < Ingresar fecha de la CMR >

Para obtener los mejores resultados de sus medicamentos, complete los elementos de esta **“Lista de tareas pendientes”**.



Lleve la **Lista de tareas pendientes** cuando vaya al médico y compártala con su familia o con la persona que le brinda cuidados.

Mi Lista de tareas pendientes

| | |
|---|---|
| Tema que analizamos: < Ingresar resumen del análisis del tema 1 > | Lo que debo hacer: <input type="checkbox"/> < Ingresar una acción para el tema 1 > <input type="checkbox"/> < Ingresar una acción para el tema 1 > |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Tema que analizamos: < Ingresar resumen del análisis del tema 2 > | Lo que debo hacer: <input type="checkbox"/> < Ingresar una acción para el tema 2 > <input type="checkbox"/> < Ingresar una acción para el tema 2 > |
|---|---|

Lista de tareas pendientes recomendadas para < Ingresar nombre del miembro >, fecha de nacimiento: < Ingresar fecha de nacimiento del miembro >

| | |
|---|---|
| Tema que analizamos: < Ingresar resumen del análisis del tema 3 > | Lo que debo hacer: <input type="checkbox"/> < Ingresar una acción para el tema 3 > <input type="checkbox"/> < Ingresar una acción para el tema 3 > |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Tema que analizamos: < Ingresar resumen del análisis del tema 4 > | Lo que debo hacer: <input type="checkbox"/> < Ingresar una acción para el tema 4 > <input type="checkbox"/> < Ingresar una acción para el tema 4 > |
|---|---|

Información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que no se usan para < Ingresar nombre del miembro >, fecha de nacimiento: < Ingresar fecha de nacimiento del miembro >

Cómo desechar de manera segura los medicamentos recetados que no se usan

Fecha de preparación: < Ingresar fecha de la CMR >

Lista de medicamentos

Fecha de preparación: < Ingresar fecha de la CMR >



Lleve la Lista de medicamentos cuando vaya al médico, al hospital o a la sala de emergencias, y compártala con su familia o con la persona que le brinda cuidados.



Tome nota sobre los cambios en la manera de administrar sus medicamentos. Tache los medicamentos cuando ya no los toma.

| Medicamento | Cómo lo tomo | Por qué lo tomo | Profesional que lo recetó |
|---|--|---|---|
| < Ingresar nombre genérico y nombre de marca, concentración y forma farmacéutica de los medicamentos actuales/activos > | < Ingresar tratamiento, (por ejemplo, 1 comprimido por boca todos los días), uso de dispositivos relacionados e instrucciones complementarias, según corresponda > | < Ingresar indicación o uso médico previsto > | < Ingresar nombre del profesional que recetó el medicamento > |
| | | | |
| | | | |

Lista de medicamentos para < Ingresar nombre del miembro >, fecha de nacimiento:
< Ingresar fecha de nacimiento del miembro >

| Medicamento | Cómo lo tomo | Por qué lo tomo | Profesional que lo recetó |
|-------------|--------------|-----------------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |



En las filas vacías a continuación, agregue medicamentos nuevos, medicamentos de venta sin receta, hierbas, vitaminas o minerales.

| Medicamento | Cómo lo tomo | Por qué lo tomo | Profesional que lo recetó |
|-------------|--------------|-----------------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

 **Alergias:**

< Ingresar información sobre alergias >

 **Efectos secundarios que tuvo:**

< Ingresar información sobre efectos secundarios >

 **Otra información:**

< Opcional >

Lista de medicamentos para < Ingresar nombre del miembro >, fecha de nacimiento:
< Ingresar fecha de nacimiento del miembro >



Mis notas y preguntas: