

< Ingrese la fecha >

< Ingrese el nombre del beneficiario >

< Ingrese la dirección del beneficiario 1 >

< Ingrese la dirección del beneficiario 2 >

< Ingrese la ciudad, estado, código postal del beneficiario >

< Espacio adicional para uso optativo del plan/proveedor para códigos de barra, número de referencia del documento, título o número del caso >

Saludo < Ingrese el nombre del beneficiario > ,

Gracias por hablar conmigo el día <ingrese fecha de CMR > acerca de su salud y medicamentos. Para hacer seguimiento a nuestra conversación, le adjunto dos documentos:

1. Su **Lista de Cosas Para Hacer** incluye los pasos que usted debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos.
2. Su **Lista de Medicamentos** le ayudará a monitorear sus medicamentos y saber cuándo y cómo tomarlos.

Si usted quiere hablar acerca de estos documentos adjuntos, por favor llámme/nos <ingrese el nombre del proveedor del MTM/departamento> al <ingrese la información de contacto del proveedor del MTM/plan, el número de teléfono, fechas/horas, TTY, etc. >.

Espero poder trabajar con usted y sus doctores para asegurarnos que sus medicamentos son efectivos.

Muchas gracias por su atención,

< Ingrese el nombre del MTM proveedor >

< Ingrese el título del MTM proveedor >, < Ingrese el nombre del plan de la Parte D/ la farmacia/ organización >

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

A55543MADD-SP_0725

Y0118_25_039A_PHA_C 07162025

H2819_25_039A_PHA_C 07162025

Lista de Cosas Por Hacer

Preparado el: < Fecha de la Revisión Integral de Medicamentos (CMR) >

Usted podrá obtener los mejores resultados de sus medicamentos completando todos los pasos en esta “**Lista de Cosas por Hacer.**”



Lleve su “**Lista de Cosas por Hacer**” cuando visite su médico. Y compártala con su familia y cuidadores.

Mi Lista de Cosas por Hacer

Acerca de lo que hablamos: < Ingrese resumen de discusión para el tema 1 >	Lo que debo hacer: ☐ < Inserte acción a seguir para el tema 1 > ☐ < Inserte acción a seguir para el tema 1 >
Acerca de lo que hablamos: < Ingrese resumen de discusión para el tema 2 >	Lo que debo hacer: ☐ < Inserte acción a seguir para el tema 2 > ☐ < Inserte acción a seguir para el tema 2 >
Acerca de lo que hablamos: < Ingrese resumen de discusión para el tema 3 >	Lo que debo hacer: ☐ < Inserte acción a seguir para el tema 3 > ☐ < Inserte acción a seguir para el tema 3 >

Acerca de lo que hablamos: < <i>Ingrese resumen de discusión para el tema 4</i> >	Lo que debo hacer: ☐ < <i>Inserte acción a seguir para el tema 4</i> > ☐ < <i>Inserte acción a seguir para el tema 4</i> >
---	---

Cómo desechar de forma segura los medicamentos recetados no utilizados

Preparado el: *< Fecha de la Revisión Integral de Medicamentos (CMR) >*

Lista de Medicamentos

Preparado el: < Fecha de la Revisión Integral de Medicamentos (CMR) >



Lleve su Lista de Medicamentos cuando vaya al médico, hospital, o sala de emergencia. Y compártala con su familia o cuidadores.



Anote cualquier cambio en la forma como toma sus medicamentos.
Tache los medicamentos que ya no toma.

Medicamento	Cómo lo tomo	Por qué lo tomo	Médico
< Ingrese el nombre genérico y de marca del medicamento, la potencia, y la dosis de los medicamentos que toma actualmente >	< Ingrese la terapia que le ordenaron (por ejemplo, 1 tableta por vía oral diaria), los aparatos para usarla e instrucciones adicionales si correspondiera >	< Ingrese indicaciones o el uso médico >	< Ingrese nombre del médico >

Lista de Medicamentos para < *Nombre del beneficiario* >, Fecha de nacimiento: < *Fecha de nacimiento* >



Añada nuevos medicamentos de receta, medicamentos de venta libre, productos herbarios, vitaminas, y minerales en las líneas en blanco abajo.

Medicamento	Cómo lo tomo	Por qué lo tomo	Médico



Alergias:

< *Ingrese información sobre alergias* >



Efectos secundarios que he tenido:

< *Ingrese información sobre efectos secundarios* >

 Otra Información:

< *Opcional* >



Mis notas y preguntas: