



< 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 llámeme/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 >

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。

Y0118\_23\_597A\_SP\_C 08292023  
H2819\_23\_597A\_SP\_C 08292023

## 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

<b>Acerca de lo que hablamos:</b> < Ingrese resumen de discusión para el tema 1 >	<b>Lo que debo hacer:</b> <input type="checkbox"/> < Inserte acción a seguir para el tema 1 > <input type="checkbox"/> < Inserte acción a seguir para el tema 1 >
--	---

<b>Acerca de lo que hablamos:</b> < Ingrese resumen de discusión para el tema 2 >	<b>Lo que debo hacer:</b> <input type="checkbox"/> < Inserte acción a seguir para el tema 2 > <input type="checkbox"/> < Inserte acción a seguir para el tema 2 >
--	---

<b>Acerca de lo que hablamos:</b> < Ingrese resumen de discusión para el tema 3 >	<b>Lo que debo hacer:</b> <input type="checkbox"/> < Inserte acción a seguir para el tema 3 > <input type="checkbox"/> < Inserte acción a seguir para el tema 3 >
--	---

<b>Acerca de lo que hablamos:</b> < <i>Ingrese resumen de discusión para el tema 4</i> >	<b>Lo que debo hacer:</b> <input type="checkbox"/> < <i>Inserte acción a seguir para el tema 4</i> > <input type="checkbox"/> < <i>Inserte acción a seguir para el tema 4</i> >
---	---

*Información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados para < Nombre del beneficiario >, Fecha de nacimiento: < Fecha de nacimiento >*

## **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:>**