

**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

- x Use las líneas en blanco para agregar medicamentos nuevos y ponga las fechas en las que comenzó a tomarlos.
- x Tache los medicamentos que ya no toma, ponga las fechas y el motivo por el que dejó de tomarlos.
- x 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

--


LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA fecha de nacimiento:	& R Q W L Q X D F L y Q
---	-------------------------

Medicamento:	
C ymo 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:	
C ymo 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:	
C ymo 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:	
C ymo 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:	

<b>LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA</b> fecha de nacimiento: <span style="float: right;">(Continuación)</span>
--

<b>Medicamento:</b>	
<b>C ymo lo toma:</b>	
<b>Para qué lo toma:</b>	<b>Proveedor:</b>
<b>Fecha en la que comencé a tomarlo:</b>	<b>Fecha en la que dejé de tomarlo:</b>
<b>Dejé de tomarlo por:</b>	

<b>Medicamento:</b>	
<b>C ymo lo toma:</b>	
<b>Para qué lo toma:</b>	<b>Proveedor:</b>
<b>Fecha en la que comencé a tomarlo:</b>	<b>Fecha en la que dejé de tomarlo:</b>
<b>Dejé de tomarlo por:</b>	

<b>Medicamento:</b>	
<b>C ymo lo toma:</b>	
<b>Para qué lo toma:</b>	<b>Proveedor:</b>
<b>Fecha en la que comencé a tomarlo:</b>	<b>Fecha en la que dejé de tomarlo:</b>
<b>Dejé de tomarlo por:</b>	

<b>Otra Información:</b>
--------------------------

Para preguntas sobre la lista de medicamentos, llame a con los Servicios Para Afiliados al 1-833-230-2020 o TTY 711, de 8 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, y desde el 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario los siete de la semana.

---

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 Boule12 (5)4 (0)-12 7rneeE2 ( e)6 (.9 (o)s4 (6 (o)4 (s d)4 (0(r)5 io)-12 ( e)6 )5.1 (n)4 (tr)-93u-9.912 (u)r)5 (i)-18 (e)-12e,