



Nota: Esta es una muestra de los documentos que pueden enviarse después de una Revisión de medicamentos completa (CMR) que lo ayudará a comprender mejor sus necesidades de medicamentos.

Saludo *Miembro*,

Gracias por hablar conmigo sobre su salud y sus medicamentos. Para continuar con nuestra conversación, 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 desea hablar sobre estos archivos adjuntos, llámenos al 855-969-5882 (Servicio TTY: 711) de 7:30 a. m. a 5:00 p. m. (hora estándar del Pacífico).

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

Muchas gracias por su atención,

*Prominence Health MTM proveedor
Pharmacist, Prominence Health*

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

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:	Lo que debo hacer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---

Acerca de lo que hablamos:	Lo que debo hacer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---

Acerca de lo que hablamos:	Lo que debo hacer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---

Acerca de lo que hablamos:	Lo que debo hacer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---

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 >



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:**

 **Efectos secundarios que he tenido:**

 **Otra Información:**



Mis notas y preguntas: