< Opcional: Ingrese MTM proveedor/plan logo > *< Opcional: Ingrese MTM proveedor/plan logo >*

< 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

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:**
< Ingrese resumen de discusión para el tema 1 >	❑ *< Inserte acción a seguir para el tema 1 >* ❑ *< Inserte acción a seguir para el tema 1 >*

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

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

Acerca de lo que hablamos:	**Lo que debo hacer:**
< Ingrese resumen de discusión para el tema 4 >	❑ *< Inserte acción a seguir para el tema 4 >* ❑ *< Inserte acción a seguir para el tema 4 >*

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:

< *Ingrese información sobre alergias* >

Efectos secundarios que he tenido:

< *Ingrese información sobre efectos secundarios* >

Otra Información:

< *Opcional* >

Mis notas y preguntas: