< *Insertar fecha de la carta* >

< *Insertar nombre del miembro* >
< *Insertar dirección del miembro 1* >
< *Insertar dirección del miembro 2* >
< *Insertar ciudad, estado y código postal del miembro* >

< Additional space for optional plan/provider use, such as barcodes, document reference numbers, beneficiary identifiers, case numbers or title of document >

Estimado(a) < *Insertar nombre del miembro* >:

Le agradezco por haber hablado conmigo el < *Insertar fecha de la CMR* > sobre su salud y sus medicamentos. Como parte del seguimiento de nuestra conversación, he incluido dos documentos:

1. Su **Lista de Tareas Recomendadas** incluye los pasos que debería seguir para obtener los mejores resultados con sus medicamentos.

2. Su **Lista de Medicamentos** le ayudará a llevar un control de sus medicamentos y le explicará cómo tomarlos.

Si desea hablar sobre estos documentos, llame a < *Insertar el nombre del proveedor o del departamento de MTM* > al < *Insertar la información de contacto del proveedor o del plan de MTM, número de teléfono, días y horarios, TTY, etc.* >.

Espero poder trabajar con usted y sus médicos para asegurarnos de que sus medicamentos le estén haciendo bien.

Atentamente,

< *Insertar el nombre del proveedor de MTM* >
< *Insertar el cargo del proveedor de MTM* >, < *Insertar el plan de la Parte D o el nombre de la farmacia o el nombre de la organización* >

De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de recopilar información si no tiene un número de control de la oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés) válido. El número de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1154. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en 40 minutos promedio por respuesta; incluye el tiempo dedicado a leer las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la información recopilada. Si tiene algún comentario sobre la precisión del cálculo del tiempo o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850

A55543MADD-SP_0926
Y0118_26_362A_PHA_C 09182026
H2819_26_362A_PHA_C 09182026

Lista de Tareas Recomendadas

Preparada el: < *Insertar la fecha de la CMR* >

Puede obtener los mejores resultados con sus medicamentos si completa los pasos de esta **"Lista de Tareas".**



Lleve su **Lista de Tareas** a sus citas médicas. También compártala con su familia o con las personas que le cuidan.

Mi Lista de Tareas

Lo que hablamos:	**Lo que tengo que hacer:**
< *Insertar resumen de la conversación sobre el tema 1* >	❑ < *Insertar acción asociada al tema 1* > ❑ < *Insertar acción asociada al tema 1* >

Lo que hablamos:	**Lo que tengo que hacer:**
< *Insertar resumen de la conversación sobre el tema 2* >	❑ < *Insertar acción asociada al tema 2* > ❑ < *Insertar acción asociada al tema 2* >

Lo que hablamos:	**Lo que tengo que hacer:**
< *Insertar resumen de la conversación sobre el tema 3* >	❑ < *Insertar acción asociada al tema 3* > ❑ < *Insertar acción asociada al tema 3* >

Lo que hablamos:	**Lo que tengo que hacer:**
< Insertar resumen de la conversación sobre el tema 4 >	❑ *< Insertar acción asociada al tema 4 >* ❑ *< Insertar acción asociada al tema 4 >*

Cómo desechar de forma segura los medicamentos recetados sin usar

Preparada el: < *Insertar la fecha de la CMR* >

Lista de Medicamentos

Preparada el: < *Insertar la fecha de la CMR* >



Lleve su Lista de Medicamentos cuando vaya al médico, al hospital o a la sala de emergencias. También compártala con su familia o con las personas que le cuidan.



Anote los cambios en la forma de tomar sus medicamentos. Tache los medicamentos cuando ya no los toma.

Medicamento	**Cómo lo toma**	**Por qué lo toma**	**Profesional que lo recetó**
< ***Insertar nombre genérico y de marca, la concentración y la dosis de los medicamentos actuales y vigentes*** >	< *Insertar régimen, (p. ej., un comprimido oral al día), uso de dispositivos relacionados e instrucciones complementarias que correspondan* >	< *Insertar las indicaciones o el uso médico indicado* >	< *Insertar el nombre del profesional que hizo la receta* >

Medicamento	Cómo lo toma	Por qué lo toma	Profesional que lo recetó



Agregue los medicamentos nuevos, los medicamentos de venta sin receta, las hierbas medicinales, las vitaminas o los minerales en las filas en blanco que están abajo.

Medicamento	Cómo lo toma	Por qué lo toma	Profesional que lo recetó

Alergias:

< *Insertar información sobre alergias* >

Efectos secundarios que tuve:

< *Insertar información sobre los efectos secundarios* >

Información adicional:

< *Opcional* >



Mis notas y preguntas: