

PLAN DE ACCIÓN PARA < Nombre del beneficiario, fecha de nacimiento:
mes/día/año >

Este plan de acción le permitirá obtener los mejores resultados si:

1. Lee “Acerca de lo que hablamos.”
2. Sigue los pasos mencionados en “Lo que debo hacer”.
3. Anota “Lo que hice y cuándo lo hice.”
4. Anota “Mi plan de seguimiento” y “Las preguntas que quiero hacer.”

Cuando hable con sus médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud de su equipo de atención médica, tenga a mano su plan de acción. Compártalo también con sus familiares y con la persona que lo cuida.

PREPARADO EL: < FECHA >

Acerca de lo que hablamos:

< Describa el tema tratado >

Lo que debo hacer:

< Las actividades recomendadas al beneficiario >

Lo que hice y cuándo lo hice:

< Deje el espacio en blanco para que lo use el beneficiario >

Acerca de lo que hablamos:

Lo que debo hacer:

Lo que hice y cuándo lo hice:

Acerca de lo que hablamos:

Lo que debo hacer:

Lo que hice y cuándo lo hice:

Acerca de lo que hablamos:	
Lo que debo hacer:	Lo que hice y cuándo lo hice:

Acerca de lo que hablamos:	
Lo que debo hacer:	Lo que hice y cuándo lo hice:

Mi plan de seguimiento (escriba los pasos próximos): <i>< Deje el espacio en blanco, es para uso del beneficiario ></i>

Las preguntas que quiero hacer (preguntas sobre los medicamentos o la terapia): <i>< Deje el espacio en blanco, es para uso del beneficiario ></i>
--

Si tiene preguntas sobre el plan de acción, llame a *<ingrese la información de contacto del proveedor del MTM, el número de teléfono, fechas/horas, TTY, etc. >*

< MTM HEADER PROVEEDOR
o LOGO OPCIONAL >

< MTM HEADER PROVEEDOR
o LOGO OPCIONAL >

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA < Nombre del beneficiario, fecha de nacimiento: mes/día/año >

Después de hablar con usted preparamos esta lista de medicamentos. Para hacerlo también usamos la información de < mencione las fuentes de información >.

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

Si tiene que atenderse en la sala de emergencia o en el hospital, lleve con usted su lista de medicamentos. Compártala con sus familiares y con quien lo cuida.

PREPARADO EL: < FECHA >

Alergias o efectos secundarios: < Mencione las alergias del beneficiario así como los medicamentos que toma y los efectos secundarios >

Medicamento: < Ingrese el nombre genérico y de marca del medicamento(s) que toma, la potencia y la dosis. >

Cómo lo toma: < La terapia que le ordenaron, incluya la potencia, dosis y frecuencia (por ejemplo, 1 píldora (20 mg) diaria por boca), los aparatos para usarla e instrucciones adicionales si correspondiera >

Para qué lo toma: < Mencione las indicaciones o el uso médico >

Proveedor: < Nombre del médico >

< **Ponga otro título(s) o borre este casillero**>: < Ingrese información opcional sobre el medicamento, instrucciones adicionales, identificadores del producto, objetivos de la terapia, la farmacia, etc. y cambie el título de este casillero según sea apropiado. Si no usa este casillero, bórralo. >

Fecha en la que comencé a tomarlo:
< Tal vez sea una fecha estimada por el plan o informada por el beneficiario. Puede dejarlo en blanco para que lo llene el beneficiario >

Fecha en la que dejé de tomarlo: < déjelo en blanco para que lo llene el beneficiario >

Deje de tomarlo por: < Déjelo en blanco para que lo llene el beneficiario >

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA < Nombre del beneficiario, fecha de nacimiento: mes/día/año > (Continuación)

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
< <i>Ponga otro título(s) o borre este casillero</i> >:	
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
< <i>Ponga otro título(s) o borre este casillero</i> >:	
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
< <i>Ponga otro título(s) o borre este casillero</i> >:	
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
< <i>Ponga otro título(s) o borre este casillero</i> >:	
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA < Nombre del beneficiario, fecha de nacimiento: mes/día/año > (Continuación)

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
< <i>Ponga otro título(s) o borre este casillero</i> >:	
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
< <i>Ponga otro título(s) o borre este casillero</i> >:	
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
< <i>Ponga otro título(s) o borre este casillero</i> >:	
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Otra Información:

Para preguntas sobre la lista de medicamentos, llame a <ingrese la información de contacto del proveedor del MTM, el número de teléfono, fechas/horas, TTY, etc. >

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.

DATE OF REVISION	CHANGE DESCRIPTION
	2. Margins: 0.9 to 1 inch on all sides (P.3.). 3. Font: Where a specific font is specified, an alternative, equivalent font with the same size, space, serif specifications and appearance may be used (e.g., 7-pt Arial substituted for 7-pt Helvetica) (P.3.). Also see page 4 for the font description of the footer and Paperwork Reduction Act statement. 4. The length of the Cover Letter is limited to one piece of paper if printed double-sided, or two pieces of paper if printed single-sided (P.8). 5. A cursive font is recommended if a printed name is used in lieu of the signature on the Cover Letter (P.11). 6. Row and cell widths are specified as a range rather than specific widths in the tables of the Medication Action Plan and Personal Medication List (P.16 to 31). 7. The Personal Medication List may be printed either single or double-sided (P.24). 8. Miscellaneous corrections to the footer and fonts in the blank format, sample, and Spanish translation (Appendices).