

Lista Personal de Medicamentos Para:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Fecha: _____

Después de hablar con usted preparamos esta lista de medicamentos. Para hacerlo también usamos la información de nuestro sistema de reclamaciones.

- 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 día:

Alergias o efectos secundarios:

Medicamento:

Cómo lo toma

Para qué lo toma:

Proveedor:

Notas:

Fecha en la que comencé a tomarlo:

Fecha en la que dejé de tomarlo:

Dejé de tomarlo por:

Lista de Medicamentos Personal Para:

Nombre:
(Continuación)

Fecha de nacimiento:

Medicamento:

Cómo lo toma:

Para qué lo toma:

Proveedor:

Notas:

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:

Notas:

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:

Notas:

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:

Notas:

Fecha en la que comencé a tomarlo:

Fecha en la que dejé de tomarlo:

Dejé de tomarlo por:

Lista de Medicamentos Personal Para:	
Nombre:	Fecha de nacimiento:
(Continuación)	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
Notas:	
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:
Notas:	
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:
Notas:	
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 Leon Health Plans, Inc. al 1-(844)-969-5366 (usuarios TTY por favor llamar al 711). Nuestro Horario es de 8 de la mañana a 8 de la noche, los siete días de la semana, del 1ro de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes el resto del año

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