



445 Grant Avenue, Suite 700  
San Francisco, CA 94108  
Tel 1-415-955-8800 | Fax 1-415-955-8818 |  
www.cchphealthplan.com

**MEDICATION ACTION PLAN FOR \_\_\_\_\_, DOB: \_\_\_\_\_**

This action plan will help you get the best results from your medications if you:

1. Read “What we talked about.”
2. Take the steps listed in the “What I need to do” boxes.
3. Fill in “What I did and when I did it.”
4. Fill in “My follow-up plan” and “Questions I want to ask.”

Have this action plan with you when you talk with your doctors, pharmacists, and other healthcare providers in your care team. Share this with your family or caregivers too.

**DATE PREPARED:**

<b>What we talked about:</b>	
<b>What I need to do:</b>	<b>What I did and when I did it:</b>

<b>What we talked about:</b>	
<b>What I need to do:</b>	<b>What I did and when I did it:</b>

<b>What we talked about:</b>	
<b>What I need to do:</b>	<b>What I did and when I did it:</b>

<b>What we talked about:</b>	
<b>What I need to do:</b>	<b>What I did and when I did it:</b>

<b>What we talked about:</b>	
<b>What I need to do:</b>	<b>What I did and when I did it:</b>

**My follow-up plan** (add notes about next steps):

**Questions I want to ask** (include topics about medications or therapy):

If you have any questions about your action plan, call Member Services at 1-888-775-7888 (TTY 1-877-681-8898) from 8:00am to 8:00pm, seven days a week.



445 Grant Avenue, Suite 700  
 San Francisco, CA 94108  
 Tel 1-415-955-8800 | Fax 1-415-955-8818 |  
 www.cchphealthplan.com

**PLAN DE ACCIÓN PARA \_\_\_\_\_, DOB: \_\_\_\_\_**

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:**

<b>Acerca de lo que hablamos:</b>	
<b>Lo que debo hacer:</b>	<b>Lo que hice y cuándo lo hice:</b>

<b>Acerca de lo que hablamos:</b>	
<b>Lo que debo hacer:</b>	<b>Lo que hice y cuándo lo hice:</b>

<b>Acerca de lo que hablamos:</b>	
<b>Lo que debo hacer:</b>	<b>Lo que hice y cuándo lo hice:</b>

<b>Acerca de lo que hablamos:</b>	
<b>Lo que debo hacer:</b>	<b>Lo que hice y cuándo lo hice:</b>

<b>Acerca de lo que hablamos:</b>	
<b>Lo que debo hacer:</b>	<b>Lo que hice y cuándo lo hice:</b>

<b>Mi plan de seguimiento (escriba los pasos próximos):</b>
---

<b>Las preguntas que quiero hacer (preguntas sobre los medicamentos o la terapia):</b>
--

Si tiene preguntas sobre el plan de acción, llame a Member Services at 1-888-775-7888 (TTY 1-877-681-8898) from 8:00am to 8:00pm, seven days a week.



445 Grant Avenue, Suite 700  
 San Francisco, CA 94108  
 Tel 1-415-955-8800 | Fax 1-415-955-8818 |  
 www.cchphealthplan.com

**會員藥品行動計劃:** \_\_\_\_\_, **DOB:** \_\_\_\_\_

此藥品行動計劃將協助您獲得藥品的最佳效果，若您：

1. 閱讀「討論事項」。
2. 採取列在「我需要做什麼」方框中的步驟。
3. 填寫「我何時做了何事」。
4. 填寫「我的跟進計劃」及「我的問題」。

在您與您的醫生、藥劑師、或其他醫療服務提供者討論時，請攜帶本行動計劃。請與您的家人或您的護理人員分享此行動計劃的內容。

**編寫日期:**

<b>討論事項:</b>	
<b>我需要做什麼:</b>	<b>我何時做了何事:</b>

<b>討論事項:</b>	
<b>我需要做什麼:</b>	<b>我何時做了何事:</b>

討論事項：	
我需要做什麼：	我何時做了何事：

討論事項：	
我需要做什麼：	我何時做了何事：

討論事項：	
我需要做什麼：	我何時做了何事：

我的跟進計劃：
---------

我的問題：
-------

若是您對此行動計劃有任何疑問，請致電華人保健計劃會員服務中心 1-888-775-7888 (TTY 1-877-681-8898) 每週 7 天上午 8 時至下午 8 時。