



PERSONAL MEDICATION LIST FOR _____ DOB: _____

This medication list was made for you after we talked. We also used information from prescription claims data.

- Use blank rows to add new medications. Then fill in the dates you started using them.
- Cross out medications when you no longer use them. Then write the date and why you stopped using them.
- Ask your doctors, pharmacists, and other healthcare providers in your care team to update this list at every visit.

Keep this list up-to-date with:

- prescription medications
- over the counter drugs
- herbals
- vitamins
- minerals

If you go to the hospital or emergency room, take this list with you. Share this with your family or caregivers too.

DATE PREPARED:

Allergies or side effects:

Medication:	
How I use it:	
Why I use it:	Prescriber:
Date I started using it:	Date I stopped using it:
Why I stopped using it:	

Medication:	
How I use it:	
Why I use it:	Prescriber:
Date I started using it:	Date I stopped using it:
Why I stopped using it:	

PERSONAL MEDICATION LIST FOR _____ DOB: _____
 (Continued)

Medication:	
How I use it:	
Why I use it:	Prescriber:
Date I started using it:	Date I stopped using it:
Why I stopped using it:	

Medication:	
How I use it:	
Why I use it:	Prescriber:
Date I started using it:	Date I stopped using it:
Why I stopped using it:	

Medication:	
How I use it:	
Why I use it:	Prescriber:
Date I started using it:	Date I stopped using it:
Why I stopped using it:	

Medication:	
How I use it:	
Why I use it:	Prescriber:
Date I started using it:	Date I stopped using it:
Why I stopped using it:	

Medication:	
How I use it:	
Why I use it:	Prescriber:
Date I started using it:	Date I stopped using it:
Why I stopped using it:	

PERSONAL MEDICATION LIST FOR _____ DOB: _____
(Continued)

Medication:	
How I use it:	
Why I use it:	Prescriber:
Date I started using it:	Date I stopped using it:
Why I stopped using it:	

Medication:	
How I use it:	
Why I use it:	Prescriber:
Date I started using it:	Date I stopped using it:
Why I stopped using it:	

Medication:	
How I use it:	
Why I use it:	Prescriber:
Date I started using it:	Date I stopped using it:
Why I stopped using it:	

Other Information:

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

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB number for this information collection is 0938-1154. The time required to complete this information collection is estimated to average 40 minutes per response, including the time to review instructions, searching existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.



LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA _____, fecha de nacimiento: _____

Después de hablar con usted preparamos esta lista de medicamentos. Para hacerlo también usamos la información de los medicamentos recetados.

- 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.

<p>Actualice la lista incluyendo:</p> <p><input type="checkbox"/> Los medicamentos recetados</p> <p><input type="checkbox"/> Los de venta libre</p> <p><input type="checkbox"/> Hierbas</p> <p><input type="checkbox"/> Vitaminas</p> <p><input type="checkbox"/> Minerales</p>

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:

Alergias o efectos secundarios:
--

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejó de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejó de tomarlo por:	

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA _____, fecha de nacimiento: _____

(Continuación)

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
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:
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:
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:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA _____, fecha de nacimiento: _____

(Continuación)

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
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:
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:
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 Centro de Servicio para los miembros de CCHP al 1-888-775-7888 (TTY 1-877-681-8898), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.

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



會員個人藥物清單: _____, DOB: _____

此藥物清單是在我們討論之後製作。我們亦採納了來自處方藥物數據的資料。

- 在空白行上添加新藥物，然後填寫開始用藥的日期。
- 若是您不再使用某些藥物，請將這些藥物刪除。然後填寫停用日期及原因。
- 每次就診時，要求您的醫生、藥劑師、或其他醫療服務提供者更新此清單。

請更新以下清單：

- 處方藥物
- 非處方藥物
- 草藥
- 維他命
- 礦物質

如果您需要住院或前往急症室，請隨身帶備您的藥物清單。請與您的家人或您的護理人員分享此藥物清單的內容。

編寫日期: _____

過敏或副作用:

藥物:

用藥方式:

用藥原因:

開處方藥者:

開始用藥的日期:

停止用藥的日期:

停止用藥的原因:

會員個人藥物清單: _____, DOB: _____

(續)

藥物:	
用藥方式:	
用藥原因:	開處方藥者:
開始用藥的日期:	停止用藥的日期:
停止用藥的原因:	

藥物:	
用藥方式:	
用藥原因:	開處方藥者:
開始用藥的日期:	停止用藥的日期:
停止用藥的原因:	

藥物:	
用藥方式:	
用藥原因:	開處方藥者:
開始用藥的日期:	停止用藥的日期:
停止用藥的原因:	

藥物:	
用藥方式:	
用藥原因:	開處方藥者:
開始用藥的日期:	停止用藥的日期:
停止用藥的原因:	

會員個人藥物清單: _____, DOB: _____

(續)

藥物:	
用藥方式:	
用藥原因:	開處方藥者:
開始用藥的日期:	停止用藥的日期:
停止用藥的原因:	

藥物:	
用藥方式:	
用藥原因:	開處方藥者:
開始用藥的日期:	停止用藥的日期:
停止用藥的原因:	

藥物:	
用藥方式:	
用藥原因:	開處方藥者:
開始用藥的日期:	停止用藥的日期:
停止用藥的原因:	

藥物:	
用藥方式:	
用藥原因:	開處方藥者:
開始用藥的日期:	停止用藥的日期:
停止用藥的原因:	

會員個人藥物清單： _____, DOB: _____

(續)

藥物：	
用藥方式：	
用藥原因：	開處方藥者：
開始用藥的日期：	停止用藥的日期：
停止用藥的原因：	

其它資料：

若是您對此藥物清單有任何疑問，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。

(提供本譯文的目的，僅為了便於協助您理解您的權利和義務。本文件的英文版本是官方、法定和權威的版本。本譯文只供參考之用，文義如與英文版本有歧異，概以英文為準。)

依據1995年「文書精簡法」，個人不必回應資訊收集，除非該收集顯示OMB管理號。本資訊收集的OMB管理號為0938-1154。需要用來預備和分派本資訊收集的時間估計為每回覆需40分鐘，這時間包括審閱說明、搜尋現有資料來源、收集所需資料、填寫和審閱該資訊收集。若您對時間估算準確性有疑問，或有改進本表格的建議，請郵寄至：CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850。