

**Medication Therapy Management Program Standardized Format – Spanish
Form CMS-10396 (02/24)**

**FORMATO ESTANDARIZADO PARA EL PROGRAMA DE CONTROL DE LA
TERAPIA DE MEDICAMENTOS DE LA PARTE D DE MEDICARE**



Fecha:
Nombre del miembro:

Identificación del miembro:
Fecha de nacimiento:

Querid _____,

Le agradezco por el tiempo que me dedicó el _____ para hablar sobre su salud y sus medicamentos. El Programa de Control de la Terapia de Medicamentos de Medicare (MTM en inglés) le ayuda a entender sus medicamentos y a utilizarlos con seguridad.

Esta carta incluye un plan de acción (Plan de medicamentos) y una lista de los medicamentos (Lista personal de medicamentos). El plan de acción le indica los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de su terapia de medicamentos. La lista de medicamentos le ayudará a monitorear sus medicamentos y le explicará cómo tomarlos correctamente.

- > 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 y la lista de medicamentos.
- > Pídale a sus médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud que actualicen el plan de acción y la lista de medicamentos en cada visita.
- > Si tiene que ir a la sala de emergencia o al hospital lleve su lista de medicamentos.
- > Entréguele a sus familiares y a la persona que lo cuida una copia del plan de acción y de la lista de medicamentos.

Si tiene preguntas sobre esta carta o los documentos adjuntos, llame a Servicios para miembros de SelectHealth al **855-442-9900** durante las siguientes fechas y horarios:

- > **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- > **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., cerrado los domingos.

Fuera de estas horas de operación, por favor deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro de un día hábil. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Espero trabajar con usted, sus médicos, y otros proveedores de atención médica a través de SelectHealth Advantage del programa MTM, para mantenerlo saludable.

Atentamente,

Su equipo de servicios de farmacia

SelectHealth respeta las leyes federales de derechos civiles. No le brindaremos un trato diferente por motivos de raza, color, origen étnico o nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género, o estado de veterano.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas y en formatos alternativos.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電

SelectHealth Advantage: **855-442-9900** (TTY: 711)

PLAN DE ACCIÓN PARA _____, *fecha de nacimiento:* ____ / ____ / ____

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: _____

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:

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

Mi plan de seguimiento (escriba los pasos próximos):

Las preguntas que quiero hacer (preguntas sobre los medicamentos o la terapia):

Si tiene preguntas sobre el plan de acción, llame a Servicios para miembros de SelectHealth al **855-442-9900** durante las siguientes fechas y horarios:

- > **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- > **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., cerrado los domingos.

Fuera de estas horas de operación, por favor deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro de un día hábil. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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 < *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: _____

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:
Dejé de tomarlo por:	

L ISTA 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:	

L ISTA 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 Servicios para miembros de SelectHealth al **855-442-9900** durante las siguientes fechas y horarios:

- > **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- > **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., cerrado los domingos.

Fuera de estas horas de operación, por favor deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro de un día hábil. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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
