< *MTM HEADER PROVEEDOR*
o *LOGO OPCIONAL* >

< *MTM HEADER PROVEEDOR*
o *LOGO OPCIONAL* >

< *Fecha* >

< *Dirección* >

< *Saludo* >:

< *Espacio adicional para uso
optativo del plan/proveedor
para códigos de barra, número
de referencia del documento,
título o número del caso* >

Le agradezco por el tiempo que me dedicó el < ingrese la fecha > 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 <ingrese la información de contacto del proveedor del MTM, el número de teléfono, fechas/horas, TTY, etc. >. <Espero/amos> trabajar con usted, sus médicos, y otros proveedores de atención médica a través de < nombre del plan de la Parte D > del programa MTM, para mantenerlo saludable.

< *Ingrese el párrafo de despedida, la firma del proveedor del programa MTM, el nombre, título, adjuntos, etc.* >

< MTM HEADER PROVEEDOR
o LOGO OPCIONAL >

< MTM HEADER PROVEEDOR
o LOGO OPCIONAL >

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. >*