

Lista de medicamentos para <Insert member name>, fecha de nacimiento: <Insert member DOB>

## Lista de medicamentos

Preparada el: < Insert CMR date >



Lleve su lista de medicamentos cuando vaya al médico, al hospital o a la sala de emergencias. Además, compártala con sus familiares o cuidadores.



Anote todos los cambios en la forma en que toma sus medicamentos. Tache los medicamentos cuando ya no los use.

Medicamento	Cómo lo tomo	Por qué lo uso	Persona autorizada a dar recetas
<b>&lt; Insert generic name and brand name, strength, and dosage form for current/active medications &gt;</b>	<i>&lt; Insert regimen, (e.g., 1 tablet by mouth daily), use of related devices, and supplemental instructions as appropriate &gt;</i>	<i>&lt; Insert indication or intended medical use &gt;</i>	<i>&lt; Insert prescriber name &gt;</i>

Lista de medicamentos para <Insert member name>, fecha de nacimiento: <Insert member DOB>



Añada los nuevos medicamentos, medicamentos de venta libre, hierbas, vitaminas o minerales en las filas en blanco a continuación.

Medicamento	Cómo lo tomo	Por qué lo uso	Persona autorizada a dar recetas



**Alergias:**

Lista de medicamentos para <Insert member name>, fecha de nacimiento: <Insert member DOB>

 **Efectos secundarios que he tenido:**

 **Otra información:**



---

**Mis notas y preguntas:**

Lista de medicamentos para *<Insert member name>*, fecha de nacimiento: *<Insert member DOB>*

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad completamente integrado con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de New Jersey. La inscripción en Aetna Assure Premier Plus depende de la renovación del contrato.

Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan.

ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available. Visit our website at **AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp** or call **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, 8 AM to 8 PM, 7 days a week.

**ESPAÑOL (SPANISH):** ATENCIÓN: Si usted habla español, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp** o llame al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 8 AM a 8 PM, los 7 días de la semana.

**(CHINESE):** 傳統漢語(中文)如果您講英語以外的語言,則提供免費語言援助服務。請造訪我們的網站 **AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp**或致電, **1-844-362-0934 (TTY:711)**,上午8時至下午8時,每週7天

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.