Plan de Acción de *Mis*Medicamentos

El Plan de Acción de MisMedicamentos es una herramienta que su proveedor de atención médica (médico, farmacéutico, personal de enfermería, profesional en enfermería superior, o asociado médico) puede usar para ayudarlo a identificar los medicamentos que pueden aumentar su riesgo de sufrir una caída o de tener un accidente automovilístico. Su proveedor de atención médica puede ayudarlo a hacer un plan para ajustar sus medicamentos si es necesario.

Cómo Usar el Plan de Acción de MisMedicamentos:

Lleve este Plan de Acción y su Lista de MisMedicamentos a sus visitas médicas y revíselas con su proveedor de atención de médica. Esto lo ayudará a saber todos los medicamentos que toma, por qué los toma y si aún es necesario.

Medidas que debe tomar su proveedor de atención médica:

1. Identificar las medicamentos recetados, de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés), vitaminas, suplementos o productos herbales que tome su paciente y que puedan tener efectos secundarios que afecten su riesgo de sufrir caídas o su capacidad de conducir de manera segura. Esto puede incluir medicamentos o suplementos que puedan tener interacciones.
2. Hablar sobre cómo se puede ajustar cada medicamento o suplemento identificado para reducir el riesgo de sufrir caídas y de tener accidentes automovilísticos.
3. Completar las dos primeras columnas de la tabla a continuación para cada uno de los medicamentos o suplementos identificados y crear un plan con su paciente.

Recuerde hablar con su proveedor de atención médica antes de suspender o cambiar los medicamentos que tome.

Medidas que debe tomar usted:

1. Después de que su proveedor de atención médica complete las dos primeras columnas de la tabla a continuación, puede completar el resto de la tabla con su proveedor o después de su visita.
2. Recuerde actualizar la lista de MisMedicamentos con cualquier cambio que usted y su proveedor de atención médica hayan realizado.

Mi Nombre: _____ Fec. de Preparación: _____

Proveedor de Atención Médica: _____

Tel. del Proveedor: _____

Fec. y Hora de la Cita de Seguimiento: _____

CDC

Para Que lo Complete Mi Proveedor de Atención Médica o Farmacéutico		Para Ser Completado Por Mí		
Medicamentos de los que Hablamos	**Cómo Cambiaremos Este Medicamento**	**Por Qué Estoy Haciendo Este Cambio**	**Lo Que Hice**	**Fecha en Que se Completó**

Preguntas para Hacerle a Mi Proveedor de Atención Médica Sobre Mis Medicamentos

- ¿Cuáles son los beneficios o los riesgos de suspender, cambiar o reducir el medicamento?
- ¿Cuáles son los beneficios o los riesgos de seguir tomando el medicamento?
- ¿Qué efectos secundarios pueden ocurrir al suspender, cambiar o reducir el medicamento?
- ¿Cuáles son las medidas que debo tomar para ajustar mi medicamento si es necesario?
- ¿De qué otras formas puedo ayudar a controlar la afección para la que tomo el medicamento? (Por ejemplo, ¿hay algún otro medicamento o cambio de comportamiento que pueda probar?)

Para obtener más información visite: bit.ly/CDC-MedicinesRisk

MLS-328765