



### Cuestionario sobre la Salud, las Alergias y los Medicamentos (HMQ)

Responder las siguientes preguntas lo ayudará a evitar interacciones peligrosas entre medicamentos y sufrir efectos secundarios. Le avisaremos a su farmacéutico sobre posibles alergias a los medicamentos e interacciones peligrosas. Con el fin de ofrecerle el mejor servicio, tenemos que saber si tiene alguna alergia a algún medicamento o sufre alguna afección. También tenemos que saber cuáles medicamentos de venta libre o con receta está tomando regularmente.

**Nuestro objetivo es mantener esta información confidencial. Medco cumple con regulaciones federales de confidencialidad y protegerá esta información.**

**Siga los pasos que se enumeran a continuación.**

**Paso 1:** Verifique y complete la información de la SECCIÓN 1.

**Paso 2:** Complete todas las secciones siguientes utilizando tinta azul o negra. Escriba en letra de imprenta.

**Paso 3:** Devuelva el cuestionario completo, junto con su formulario de solicitud por correo o de resurtido, dentro del sobre con la dirección y el nombre impreso. Si no tiene un sobre con la dirección y el nombre impreso, envíe el cuestionario a:

Medco Health Solutions, Inc.  
4865 Dixie Highway  
Fairfield, OH 45014  
Attn: HMQ

#### SECCIÓN 1: Información del afiliado

Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Mes/Año de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono del contacto:

Número del afiliado: \_\_\_\_\_

*(Se encuentra en su tarjeta de identificación de afiliado y en los documentos sobre su beneficio).*

#### SECCIÓN 2: Sus alergias a medicamentos

**Rellene completamente el óvalo si ha tenido alergia o una reacción alérgica seria a alguno de estos medicamentos:**

<input type="radio"/>	Aspirina y Salicilatos (por ejemplo: ZORprin <sup>®</sup> , Trilisate <sup>®</sup> )
<input type="radio"/>	Codeína (por ejemplo: Tylenol <sup>®</sup> #3)
<input type="radio"/>	Eritromicina, Biaxin <sup>®</sup> , Zithromax <sup>®</sup>
<input type="radio"/>	Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (NSAIDS) (por ejemplo: ibuprofeno, Advil <sup>®</sup> , Motrin <sup>®</sup> )
<input type="radio"/>	Penicilina/cefalosporina (por ejemplo: Amoxil <sup>®</sup> , amoxicilina, ampicilina, Keflex <sup>®</sup> , cefalexina)
<input type="radio"/>	Medicamentos sulfa (por ejemplo: Septra <sup>®</sup> , Bactrim <sup>®</sup> , TMP/SMX)
<input type="radio"/>	Antibióticos de tetraciclina
Si tiene alergia a un medicamento que no está listado más arriba, escriba el nombre, en letra de imprenta, de ese medicamento en el espacio siguiente. Ejemplo: morfina	
Otro:	
Otro:	

(Voltar la página)

### SECCIÓN 3: Sus afecciones

¿Le ha dicho alguna vez su médico que sufre alguna de las siguientes afecciones? Si responde “sí”, rellene completamente todos los óvalos que se encuentran al lado de **todas** las afecciones que correspondan.

<input type="radio"/> Alergias, rinitis alérgica	<input type="radio"/> Insuficiencia cardíaca (ICC)
<input type="radio"/> Artritis	<input type="radio"/> Hemofilia y afecciones similares a la hemofilia
<input type="radio"/> Asma	<input type="radio"/> Presión sanguínea elevada (hipertensión)
<input type="radio"/> Incontinencia urinaria	<input type="radio"/> Nivel de azúcar en sangre elevado (diabetes)
<input type="radio"/> Huesos quebradizos (osteoporosis)	<input type="radio"/> Colesterol elevado (hipercolesterolemia)
<input type="radio"/> Angina de pecho	<input type="radio"/> Enfermedad inflamatoria intestinal
<input type="radio"/> Enfermedad de Crohn	<input type="radio"/> Migrañas
<input type="radio"/> Depresión	<input type="radio"/> Hipersecreción tiroidea (hipertiroidismo)
<input type="radio"/> Enfisema (EPOC, bronquitis crónica)	<input type="radio"/> Úlcera péptica, de estómago o duodenal
<input type="radio"/> Hiperplasia benigna de próstata (HBP)	<input type="radio"/> Mala circulación en las piernas (enfermedad vascular periférica)
<input type="radio"/> Reflujo gástrico, acidez estomacal o esofagitis (GERD por sus siglas en inglés)	<input type="radio"/> Convulsiones (epilepsia)
<input type="radio"/> Glaucoma	<input type="radio"/> Ataque cerebrovascular (AIT)
<input type="radio"/> Ataque cardíaco (infarto agudo de miocardio)	<input type="radio"/> Hiposecreción tiroidea (hipotiroidismo)
Si sufre de una afección que no está listada más arriba, escriba el nombre, en letra de imprenta, de la afección en el espacio siguiente. Ejemplo: cáncer de mamas	
Otro:	
Otro:	

### SECCIÓN 4: Sus medicamentos de venta libre

Rellene completamente los óvalos de los **medicamentos de venta libre** que está tomando en forma regular.

<input type="radio"/> Advil®/ibuprofeno	<input type="radio"/> Prilosec OTC®/omeprazol
<input type="radio"/> Aleve®/naproxeno	<input type="radio"/> Sominex®, Nytol®/difenhidramina
<input type="radio"/> Bayer®/aspirina	<input type="radio"/> Tagamet®/cimetidina
<input type="radio"/> Benadryl®/difenhidramina	<input type="radio"/> Tylenol®/acetaminofén
<input type="radio"/> Orudis KT®/ketoprofeno	<input type="radio"/> Zantac®/ranitidina
<input type="radio"/> Pepcid AC®/famotidina	
Si toma un medicamento de venta libre que no está listado más arriba, escriba el nombre, en letra de imprenta, del medicamento en el espacio a continuación.	
Otro:	
Otro:	

### SECCIÓN 5: Medicamentos de venta bajo receta del afiliado\*

Por favor, enumere en el espacio siguiente los **medicamentos de venta bajo receta** que está tomando. \*Podrá encontrar información en las etiquetas del medicamento. Si no toma ningún medicamento, marque aquí. [ ] NINGUNO


¿Ha completado ambos lados?

Muchas gracias.