

## Personalized Treatment Plan (Plan de tratamiento personalizado)

Patient Name (Nombre): \_\_\_\_\_ Date of visit (Fecha de la visita): \_\_\_\_\_

1. VISIT SUMMARY/DIAGNOSES (RESUMEN DE LA VISITA/DIAGNÓSTICO)

\_\_\_\_\_

2. YOUR VITAL SIGNS (SUS SIGNOS VITALES)

Blood pressure (Presión arterial): \_\_\_\_\_ Temperature (Temperatura): \_\_\_\_\_

BMI (IMC): \_\_\_\_\_ Weight (Peso): \_\_\_\_\_

3. YOUR TREATMENT PLAN (SU PLAN DE TRATAMIENTO)

\_\_\_\_\_

4. YOUR MEDICINES (SUS MEDICINAS)

New medicines (Nuevas medicinas)

\_\_\_\_\_

Current medicines (Medicinas actuales)

\_\_\_\_\_

Current medicines with new doses/instructions (Medicinas actuales con nuevas dosis/instrucciones) \_\_\_\_\_

Medicines you NO LONGER take (Medicinas que YA NO toma)

\_\_\_\_\_

5. YOUR REFERRAL INFORMATION (INFORMACIÓN DE SU REFERIDO)

\_\_\_\_\_

6. YOUR NEXT APPOINTMENT IS ON (SU PRÓXIMA CITA ES EL) \_\_\_\_\_ AT (A LAS) \_\_\_\_\_ a.m/p.m.

7. BEFORE YOUR NEXT APPOINTMENT (ANTES DE SU PRÓXIMA CITA)

\_\_\_\_\_

I understand that I am responsible to take this form to my assigned PCP during my next office visit. (Entiendo que soy responsable de llevar este formulario a mi PCP asignado durante mi próxima visita al consultorio. )

Patient signature (Firma del paciente): \_\_\_\_\_ Date (Fecha): \_\_\_\_\_

Physician signature (Firma del médico): \_\_\_\_\_ Date (Fecha): \_\_\_\_\_

### IMPORTANT INFORMATION (INFORMACIÓN IMPORTANTE)

- Keep your follow-up appointment with your primary care doctor. (Cumpla con su cita de seguimiento con su doctor de cuidado primario.)
- If you are having an emergency, go to the ER right away. (Si tiene una emergencia, vaya a la sala de emergencias inmediatamente.)
- If have questions or are not sure if you should go to the ER, call Amerigroup On Call at 1-866-864-2544 or TTY 1-800-855-2880. Registered nurses are available 24 hours a day, 7 days a week, 365 days a year. (Si tiene alguna pregunta o no está seguro de si debe ir a la sala de emergencias, llame a Amerigroup On Call (Amerigroup de turno) al 1-866-864-2544 o TTY 1-800-855-2884. Hay a su disposición enfermeras certificadas las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 36 días del año.

Print your Amerigroup ID card, find a doctor and more at [www.myamerigroup.com](http://www.myamerigroup.com)! (¡Imprima su tarjeta de identificación de Amerigroup, encuentre un doctor y más en [www.myamerigroup.com](http://www.myamerigroup.com)!)