



FROM



superior
healthplan™

DIARIO

de medicamentos y síntomas

Ambetter.SuperiorHealthPlan.com

SHP_202511541C

MIS MEDICAMENTOS

Nombre del medicamento:	Hora del día en que lo toma:	Dosis:	Fecha de inicio:	Fecha de terminación:

*Consulte el interior de la contratapa para ver un ejemplo y los contactos importantes.

Fecha de hoy:

Nombre del medicamento/dosis:

Hora en que lo toma
(mañana, mediodía,
tarde):

Cantidad que toma:

Comentarios

(síntomas, efectos secundarios, sensaciones, etc.):

¿Cómo se siente hoy?



Fecha de hoy:

Nombre del medicamento/dosis:

Hora en que lo toma
(mañana, mediodía,
tarde):

Cantidad que toma:

Comentarios

(síntomas, efectos secundarios, sensaciones, etc.):

¿Cómo se siente hoy?



Fecha de hoy:

Nombre del medicamento/dosis:

Hora en que lo toma
(mañana, mediodía,
tarde):

Cantidad que toma:

Comentarios

(síntomas, efectos secundarios, sensaciones, etc.):

¿Cómo se siente hoy?



Fecha de hoy:

Nombre del medicamento/dosis:

Hora en que lo toma
(mañana, mediodía,
tarde):

Cantidad que toma:

Comentarios

(síntomas, efectos secundarios, sensaciones, etc.):

¿Cómo se siente hoy?



Fecha de hoy:

Nombre del medicamento/dosis:

Hora en que lo toma
(mañana, mediodía,
tarde):

Cantidad que toma:

Comentarios

(síntomas, efectos secundarios, sensaciones, etc.):

¿Cómo se siente hoy?



Fecha de hoy:

Nombre del medicamento/dosis:

Hora en que lo toma
(mañana, mediodía,
tarde):

Cantidad que toma:

Comentarios

(síntomas, efectos secundarios, sensaciones, etc.):

¿Cómo se siente hoy?



Fecha de hoy:

Nombre del medicamento/dosis:

Hora en que lo toma
(mañana, mediodía,
tarde):

Cantidad que toma:

Comentarios

(síntomas, efectos secundarios, sensaciones, etc.):

¿Cómo se siente hoy?



Fecha de hoy:

Nombre del medicamento/dosis:

Hora en que lo toma
(mañana, mediodía,
tarde):

Cantidad que toma:

Comentarios

(síntomas, efectos secundarios, sensaciones, etc.):

¿Cómo se siente hoy?



Fecha de hoy:

Nombre del medicamento/dosis:

Hora en que lo toma
(mañana, mediodía,
tarde):

Cantidad que toma:

Comentarios

(síntomas, efectos secundarios, sensaciones, etc.):

¿Cómo se siente hoy?



Today's Date		
Nombre del medicamento/dosis:	Hora en que lo toma (mañana, mediodía, tarde):	Cantidad que toma:
Comentarios (síntomas, efectos secundarios, sensaciones, etc.):		¿Cómo se siente hoy?   

El número de mi farmacia es:

.....

El número de mi médico es:

.....

El nombre de mi coordinador de atención o administrador de atención es:

.....

El número de mi coordinador de atención o administrador de atención es:

.....

Para obtener más información, incluso cómo encontrar un proveedor, preguntas frecuentes y recursos útiles, visítenos en Ambetter.SuperiorHealthPlan.com.

Ambetter from Superior HealthPlan incluye productos EPO que están suscritos por Celtic Insurance Company y productos HMO que están suscritos por Superior HealthPlan, Inc. Cada una de estas compañías es emisora de planes de salud calificados en el Mercado de seguros de salud de Texas. Esta es publicidad de seguro. ©2025 Celtic Insurance Company, ©2025 Superior HealthPlan, Inc. Todos los derechos reservados. Ambetter. SuperiorHealthPlan.com. Para obtener más información sobre su derecho a recibir Ambetter from Superior HealthPlan sin discriminación, o su derecho a recibir servicios de ayuda auditiva, visual y/o lingüística, visite AmbetterHealth.com y desplácese hasta la parte inferior de la página.