



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud  
Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal

## Autorización para notificar resultado de evaluación de solicitud de identificación para el uso de Cannabis Medicinal y para entregar la misma a un representante autorizado por el paciente.

Yo, \_\_\_\_\_, con número de seguro social (colocar los últimos cuatro dígitos) \_\_\_\_\_ y dirección postal:

\_\_\_\_\_

por este medio autorizo a la JUNTA REGLAMENTADORA DEL CANNABIS MEDICINAL del Departamento de Salud a notificar el resultado de la evaluación de la solicitud de identificación para el uso del CANNABIS MEDICINAL de paciente o acompañante autorizado a la siguiente dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ y/o al siguiente número de teléfono \_\_\_\_\_.

Así también, por este medio autorizo a la JUNTA REGLAMENTADORA DEL CANNABIS MEDICINAL del Departamento de Salud, en caso que la evaluación de dicha identificación para el uso del CANNABIS MEDICINAL fuera favorable, entregar la misma a mi representante autorizado:

\_\_\_\_\_

Nombre del Representante Autorizado

\_\_\_\_\_

Núm. de teléfono

\_\_\_\_\_

Correo Electrónico

\_\_\_\_\_

Relación con el Paciente

Esta autorización es válida por el periodo de un año a partir de la fecha indicada por el paciente.

**NOTA** – *Usted puede cancelar esta autorización por escrito. No obstante, usted no podrá pedir que su cancelación aplique retroactivamente a información divulgada durante la vigencia de la autorización. Además, es importante que usted esté consciente de que la información divulgada como resultado de su autorización, pudiera ser divulgada a otros por el que la reciba y dicha divulgación no necesariamente estará protegida por las disposiciones federales sobre privacidad.*

Al firmar a continuación, certifico que he sido orientado por la JUNTA REGLAMENTADORA DEL CANNABIS MEDICINAL del Departamento de Salud de Puerto Rico sobre sus prácticas de privacidad y que he leído las disposiciones de esta **autorización**, que las entiendo y que estoy de acuerdo con los términos y condiciones en la misma.

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente

\_\_\_\_\_

Fecha

