



Instrucciones para la Solicitud de Registro de Paciente para el uso de Cannabis Medicinal

Requisitos para Pacientes Adultos

- Formulario completado.
- Certificación de un médico autorizado recomendando el uso de cannabis medicinal.
- Copia de un documento de identidad con retrato y firma, expedido por las autoridades públicas competentes del Gobierno de Puerto Rico, de los Estados Unidos o pasaporte del paciente.
- Sello de rentas Internas del Departamento de Hacienda con el código 5135 por la suma de \$25.00.
- 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 (Formulario: AID-01).
- Aviso resumido de prácticas de privacidad (Formulario: PP-01) y Acuse de notificación de prácticas de privacidad (Formulario: PP-02).

Requisitos para Acompañantes Autorizados:

- Formulario completado.
- Copia de un documento de identidad con retrato y firma, expedido por las autoridades públicas competentes del Gobierno de Puerto Rico, de los Estados Unidos o pasaporte del paciente.
- Certificación de Antecedentes Penales del Acompañante Autorizado expedido dentro de treinta (30) días previos a la solicitud.
- Sello de rentas Internas del Departamento de Hacienda con el código 5135 por la suma de \$25.00.
- 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 (Formulario: AID-01).

Requisitos para Pacientes Menores de Edad

- Formulario completado.
- Copia de un documento de identidad con retrato y firma, expedido por las autoridades públicas competentes del Gobierno de Puerto Rico, de los Estados Unidos o pasaporte del paciente. En caso de que no tenga dicho documento de identidad, deberá presentar copia del certificado de nacimiento del menor de edad.
- Consentimiento, por escrito, de ambos padres del menor autorizando al uso del cannabis medicinal. En caso de que uno de los padres haya fallecido o haya sido privado de la patria potestad, se deberá incluir un certificado de defunción o una sentencia del tribunal, respectivamente.
- Certificación de dos (2) médicos autorizados recomendando al menor el uso de cannabis medicinal.
- Sello de rentas Internas del Departamento de Hacienda con el código 5135 por la suma de \$25.00.
- 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 (Formulario: AID-01).
- Aviso resumido de prácticas de privacidad (Formulario: PP-01) y Acuse de notificación de prácticas de privacidad (Formulario: PP-02).

Requisitos para Acompañantes Autorizados a Pacientes menores de edad:

- Formulario completado.
- Copia de un documento de identidad con retrato y firma, expedido por las autoridades públicas competentes del Gobierno de Puerto Rico, de los Estados Unidos o pasaporte del padre, madre o tutor designado por un tribunal que vaya a ser designado acompañante autorizado del menor.
- Certificado de Antecedentes Penales del padre, madre o tutor designado por un tribunal que vaya a ser designado acompañante autorizado del menor expedido dentro de treinta (30) días previos a la solicitud.
- En caso de que uno o ambos padres del paciente menor de edad sean menores de veintiún (21) años de edad, deberán presentar certificado de matrimonio o prueba de emancipación, de lo contrario no podrán ser designados como acompañantes autorizados del paciente.
- Persona que ostenta la patria potestad del paciente menor de edad que sea designado por el Tribunal, deberá presentar copia del documento judicial que así lo establezca.
- Sello de rentas Internas del Departamento de Hacienda con el código 5135 por la suma de \$25.00.
- 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 (Formulario: AID-01).

Aviso para todos los solicitantes:

- Toda Solicitud de Registro de Paciente para el Uso de Cannabis Medicinal que requiera un Acompañante Autorizado deberá ser sometida en conjunto con la Solicitud de Registro de Acompañante Autorizado de la persona que el paciente designe como Acompañante Autorizado.

Para Solicitudes de Renovación:

Las solicitudes de renovación deben ser sometidas con al menos 30 días de antelación al vencimiento de su Registro de Identificación para el Uso de Cannabis Medicinal.

No se aceptarán solicitudes Incompletas

Someter su solicitud en persona a:

Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal
1506 Avenida Ponce de León,
Santurce, Puerto Rico 00922



Solicitud Número: CM-PA_____ - _____

Solicitud para Registro de Identificación para el Uso de Cannabis Medicinal			
<input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Duplicado <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Sección I. Información del Paciente:			
Nombre			
Dirección Física			
Pueblo	Código Postal	Teléfono	
Dirección Postal			
Pueblo	Código Postal	Correo Electrónico	
Fecha de Nacimiento	Género	Número de Seguro Social	
Condición Causal y desde cuando la padece			
Sección II. Información del Acompañante Autorizado			
<small>Aviso: Esta sección solamente aplica a pacientes menores de edad o aquellos que requieran la asistencia de un acompañante autorizado para procurar Cannabis Medicinal. El Acompañante Autorizado deberá llenar, notificar y someter la Solicitud de Registro de Identificación de Acompañante Autorizado por separado y en conjunto a este formulario.</small>			
Nombre			
Dirección Física			
Pueblo	Código Postal	Teléfono	
Número de Seguro Social		Correo Electrónico	
Fecha de Nacimiento	Género	Relación con el Paciente	

Certifico, que la información antes provista es completa y correcta, so pena de incurrir en el delito de perjurio.

Y PARA QUE ASI CONSTE, suscribo la misma en _____, Puerto Rico, a ____ de _____ de _____.

Firma del Paciente o Representante

PARA USO OFICIAL



Número de Paciente

Número de Registro

Fecha de Expedición

Fecha de Expiración

Firma del Funcionario