



Instrucciones para la Solicitud de la Tarjeta de Identificación 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 Estado Libre Asociado de Puerto Rico, de los Estados Unidos o pasaporte del paciente.
- Cheque certificado, cheque de gerente o giro a nombre del Secretario de Hacienda 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 Pacientes Adultos con Acompañantes Autorizados:

- 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 Estado Libre Asociado de Puerto Rico, de los Estados Unidos o pasaporte del paciente.
- Formulario completado (Solicitud de Tarjeta de Identificación de Acompañante Autorizado) para la persona que se designará acompañante autorizado.
- Copia de un documento de identidad con retrato y firma, expedido por las autoridades públicas competentes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, de los Estados Unidos o pasaporte del Acompañante Autorizado.
- Certificación de Antecedentes Penales del Acompañante Autorizado expedido dentro de treinta (30) días previos a la solicitud.
- Si el paciente se encuentra incapaz de acudir a registrarse con la persona que designará como acompañante autorizado, declaración jurada que lo autoriza a tramitar todos los documentos necesarios para que el paciente cualificado pueda obtener su registro bajo el Reglamento.
- Si la persona que designará como acompañante autorizado es ya un Acompañante Autorizado de algún otro paciente de cannabis medicinal deberá incluir copia de sus registros previos.
- Cheque certificado, cheque de gerente o giro a nombre del Secretario de Hacienda 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 Pacientes Menores de Edad

- Formulario completado.
- Certificado de Nacimiento del menor o prueba de tutela.
- 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.
- 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.
- Certificación de dos (2) médicos autorizados recomendando al menor el uso de cannabis medicinal.
- Formulario completado (Solicitud de Tarjeta de Identificación de Acompañante Autorizado) para la o las persona (s) que se designará(n) acompañante autorizado del menor.
- Copia de un documento de identidad con retrato y firma, expedido por las autoridades públicas competentes del Estado Libre Asociado 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.
- Cheque certificado, cheque de gerente o giro a nombre del Secretario de Hacienda 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).

Aviso para todos los solicitantes:

- Toda Solicitud de Tarjeta de Identificación para el Uso de Cannabis Medicinal de un paciente que requiera un Acompañante Autorizado deberá ser sometida en conjunto con la Solicitud de Tarjeta de Identificación de Acompañante Autorizado de la persona que el paciente designe como Acompañante Autorizado.
- En los casos de pacientes menores de edad y pacientes adultos incapaces de acudir a registrarse, la Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal solamente expedirá una Tarjeta de Identificación para sus Acompañantes Autorizados.

Para Solicitudes de Renovación:

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

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, notariar y someter la Solicitud de Tarjeta de Identificación de Acompañante Autorizado por separado y en conjunto a este formulario.

Nombre			
Dirección Física			
Pueblo	Código Postal	Teléfono	
Número de Seguro Social	Correo Electrónico		
Fecha de Nacimiento	Género	Relación con el Paciente	

Sección III. Información del otro padre o madre

Aviso: Esta sección solamente aplica a pacientes menores de edad cuando ambos padres soliciten ser sus Acompañantes Autorizados. El padre y la madre del paciente menor de edad deberán llenar, notariar y someter la Solicitud de Tarjeta de Identificación de Acompañante Autorizado por separado y en conjunto a este formulario.

Nombre			
Dirección Física			
Pueblo	Código Postal	Teléfono	
Número de Seguro Social	Correo Electrónico		
Fecha de Nacimiento	Género	Relación con el Paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	

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





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud
Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal

AVISO RESUMIDO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso resumido describe en forma general cómo su información de salud protegida puede ser utilizada, divulgada y cómo usted puede tener acceso a la misma. Recuerde que esto es un resumen, revíselo cuidadosamente y en caso de dudas o conflictos refiérase a la versión larga del Aviso.

Efectivo: 14 de abril de 2003

Revisado: marzo 2013

Usos y Divulgaciones de su Información de Salud

Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal del Departamento de Salud, puede utilizar su información de salud para tratamiento (Ej. enviar copia de su información clínica a un especialista como parte de un referido), obtener pago por el tratamiento (Ej. facturar a un plan o seguro de salud), o para otras operaciones para el cuidado de la salud (Ej. evaluar la calidad del tratamiento que usted recibe).

Podemos usar y divulgar su información de salud sin su autorización cuando se use para: (1) propósitos de salud pública; (2) investigaciones sobre maltrato, abuso o violencia doméstica; (3) auditorias; (4) investigaciones científicas (sujeto a determinadas condiciones); (5) donación de órganos; (6) propósitos de compensación por accidentes del trabajo; (7) casos donde haya limitación para comunicarse con usted debido a un impedimento físico, por su condición o por su idioma; (8) emergencias y (9) funciones especiales del gobierno. Divulgaremos su información de salud cuando es (10) requerido para el cumplimiento con la ley y para (11) mantener el orden público. Además, la podemos utilizar para (12) propósitos informativos (Ej. recordatorios de citas, comunicarle alternativas de tratamiento, recaudación de fondos, etc.). En otra circunstancia, solicitaremos su autorización escrita antes de utilizar o divulgar cualquier tipo de información de salud identificable de su persona. La ley federal requiere que se solicite su autorización para la divulgación de su información de salud en las siguientes instancias:

- i. Cuando el uso o divulgación de su información de salud tiene propósitos de mercadeo.
- ii. Cuando se determine la venta de su información de salud.
- iii. Uso o divulgación de notas de psicoterapia, entre otras.
- iv. Cuando se pretenda utilizar su información con el propósito de recaudación de fondos.
- v. Cuando se solicite su información genética.
- vi. Cuando un plan médico solicita su información de salud para alguna condición para la cual usted ha pagado su tratamiento.

La ley federal requiere además que su información de salud se mantenga confidencial por espacio de cincuenta (50) años con posterioridad al fallecimiento de algún paciente que recibió nuestros servicios de salud.

Si usted decide firmar la autorización para usar y divulgar su información, posteriormente puede revocar la misma y detener cualquier otro uso o divulgación futura.

Podemos cambiar nuestras políticas y prácticas de privacidad en cualquier momento. En la eventualidad de un cambio significativo en nuestras políticas, tendremos Avisos actualizados disponibles en las áreas de prestación de servicios y en nuestra página de Internet en un tiempo razonable a partir del cambio. Usted puede solicitar copia de este aviso en cualquier momento. Para información adicional sobre nuestras políticas y prácticas de privacidad, comuníquese con la persona que se identifica al final.

Sus Derechos de Privacidad

Usted tiene derecho a examinar y obtener copia de la información de salud de su persona que consta en su expediente clínico designado por la institución. También tiene derecho a que se le notifique en caso de que ocurra un incidente en el que su información de salud se haya extraviado o perdido de la custodia del Departamento de Salud, (Right of Notice in case of a Breach of Protected Health Information loss incident).

Si solicita copia de dicha información se le cobrará la cantidad que dispone la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, según enmendada. Usted también tiene derecho a obtener un listado de todas las ocasiones en que hemos divulgado su información de salud para propósitos que no sean de tratamiento, pago y operaciones para el cuidado de la salud. Si usted entiende que la información en su expediente es incorrecta o se ha omitido información existente, usted tiene derecho a solicitar que se enmiende la información existente o se añada la información que falta. La institución tiene derecho a denegar su solicitud. Toda determinación le será notificada por escrito y al igual que su solicitud, se incluirá en su expediente. Además, tiene derecho a solicitar que su información de salud le sea comunicada a determinada dirección que no sea la de su residencia o utilizando determinado medio particular (correo, “e-mail”, etc.) Si éste aviso se le envió electrónicamente, usted puede obtener copia en papel.

Si usted ha pagado en su totalidad por la prestación de un servicio médico, usted tiene derecho a solicitarnos que no divulguemos información de dicho servicio prestado a su aseguradora.

Si usted entiende que hemos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre el acceso a su información de salud, puede comunicarse con la oficina que se menciona al final de éste aviso. También puede enviar una querrela por escrito al Departamento de Salud Federal y Servicios Humanos. La persona que se menciona al final puede proveerle la dirección si usted se lo solicita. Bajo ninguna circunstancia usted será objeto de represalias por radicar una querrela.

Nuestra Obligación Legal

La ley nos obliga a proteger la privacidad de su información, proveerle éste aviso sobre nuestras prácticas de privacidad y cumplir con las prácticas que se describen en el mismo. Si usted tiene alguna pregunta o querrela, comuníquese con el Oficial de Privacidad, Lourdes Claudio del Departamento de Salud de Puerto Rico al (787)765-2929. Ext.3934.

Revisado febrero 2017

Oficina de Cumplimiento de Ley HIPAA



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud
Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal

Acuse de Notificación de Prácticas de Privacidad

La ley federal “Health Insurance Portability and Accountability Act” (HIPAA) requiere que se le notifique las prácticas de privacidad y confidencialidad de la institución y que se evidencie dicha notificación. La **Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal** como parte del Departamento de Salud que es una entidad cubierta, tiene la responsabilidad de salvaguardar su información de salud protegida (PHI) utilizada y/o manejada para uso exclusivo de emitir su Tarjeta de Identificación para el Uso de Cannabis Medicinal.

Para cumplir con las disposiciones de ley, nuestra entidad le ha notificado el “**Aviso Sobre Prácticas de Privacidad de la Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal**” y le solicita que firme este Acuse como evidencia de la notificación de dicho Aviso. La **Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal** y su fuerza trabajadora se comprometen a mantener en estricta confidencialidad toda información de salud y demográfica y dicha información NO se compartirá con terceros a menos que usted o su representante lo autorice.

Al firmarlo usted reconoce haber sido notificado sobre nuestras **Prácticas de Privacidad** y está consiente del uso que la **Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal** le dará a su información de salud según se describe en el Aviso. Reviselo detenidamente, fírmelo y anote la fecha donde se indica.

Por favor, recuerde que la organización se ha reservado el derecho de revisar, cambiar o enmendar la política y práctica sobre uso y divulgación descrita en el Aviso, en cualquier momento.

Yo, , certifico que he leído las disposiciones del “**Aviso Sobre Prácticas de Privacidad de la Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal**”, lo entiendo, y estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo.

Firma o marca del paciente

Fecha

Nombre del Representante Autorizado (si aplica)

Firma del Representante (si aplica)

Relación con el Paciente

Fecha

Para Uso Oficial Solamente

Luego de realizar esfuerzos razonables para obtener el Acuse de Recibo de Prácticas de Privacidad y Consentimiento, no fué posible debido a:

- Paciente se negó a firmar el Acuse
- Barrera de comunicación
- Otro (especifique) _____

Nombre del Representante de Servicio
(en letra de molde)

Firma del Representante

Fecha



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