



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud
Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal

INFORMACION Y CONSENTIMIENTO DE PACIENTE BAJO DISPENSA DE EMERGENCIA: HURACAN MARIA

YO _____ por este medio certifico que soy un Paciente de Cannabis Medicinal autorizado, PA # _____ por el Estado Libre Asociado, y deseo acogerme a la Orden de Dispensa para la Dispensación de Medicamento de Cannabis Medicinal por Emergencia Huracán Maria.

CERTIFICO que actualmente me encuentro registrado en el Dispensario _____ Ubicado en el municipio de _____.

ADEMAS certifico que conozco que existe una limitación de compra de cannabis medicinal de 1.5oz o su equivalente en productos derivados por día.

CERTIFICO además que al día de hoy no he comprado mas de la cantidad permitida en ley y reglamento.

Y PARA QUE ASI CONSTE, firmo este documento de información y Consentimiento Informado hoy _____ de _____ de 2017

Firma

Nombre: _____

Fecha: _____

Telefono: _____

Email: _____