

Recomendación Médica 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																						
Nombre del Padre, Madre o Tutor		Fecha del examen físico																						
<p>11. El antes mencionado paciente ha sido diagnosticado con y se encuentra bajo tratamiento por la siguiente condición o condiciones crónicas y debilitantes o tiene una condición crónica y/o debilitante que le ocasiona una de las siguientes:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cáncer</td> <td><input type="checkbox"/> VIH</td> <td><input type="checkbox"/> Esclerosis Lateral (ELA)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn</td> <td><input type="checkbox"/> Fibromialgia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alzheimer</td> <td><input type="checkbox"/> Artritis</td> <td><input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desordenes de Ansiedad</td> <td><input type="checkbox"/> Epilepsia</td> <td><input type="checkbox"/> Parkinson</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anorexia</td> <td><input type="checkbox"/> Migraña</td> <td><input type="checkbox"/> Lesión del Cordón Espinal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hepatitis C</td> <td><input type="checkbox"/> Caquexia</td> <td><input type="checkbox"/> Dolor Crónico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nauseas Severas</td> <td><input type="checkbox"/> Espasmos musculares persistentes</td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Esclerosis Lateral (ELA)	<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/> Desordenes de Ansiedad	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Migraña	<input type="checkbox"/> Lesión del Cordón Espinal	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Caquexia	<input type="checkbox"/> Dolor Crónico	<input type="checkbox"/> Nauseas Severas	<input type="checkbox"/> Espasmos musculares persistentes	
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Esclerosis Lateral (ELA)																						
<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Fibromialgia																						
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide																						
<input type="checkbox"/> Desordenes de Ansiedad	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Parkinson																						
<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Migraña	<input type="checkbox"/> Lesión del Cordón Espinal																						
<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Caquexia	<input type="checkbox"/> Dolor Crónico																						
<input type="checkbox"/> Nauseas Severas	<input type="checkbox"/> Espasmos musculares persistentes																							
<p>12. Recomendación</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																								
Sección II.	Información del Médico:																							
Nombre																								
Dirección Postal																								
Pueblo	Código Postal	Teléfono																						
Número de Licencia de Cannabis Medicinal		Núm. de Licencia de Controlados																						
Correo Electrónico																								
<p>CERTIFICO, que la información antes provista es completa y correcta, que para la fecha en que se firma este documento estoy autorizado a ejercer como médico en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, que tengo una relación médico-paciente bona-fide con la persona identificada en la Sección I de este documento, que he evaluado la condición física de esta persona y he concluido que se beneficiaría de tratamiento con cannabis medicinal y que este documento no es una receta para el uso de cannabis medicinal.</p>																								
Firma del médico autorizado			Fecha																					