

Instrucciones para la Solicitud de Registro de Médicos para la Recomendación de Cannabis Medicinal en Puerto Rico

Documentos Requeridos

- Formulario completado
- Copia de Licencia Médica
- Certificación del Adiestramiento del Departamento de Salud sobre el Cannabis Medicinal
- Copia de la Licencia para Prescribir Drogas o Sustancias Controladas
- Cheque certificado, cheque de gerente o giro a nombre del Secretario de Hacienda por la suma de \$1,500.00. Este arancel también debe de ser sometido junto a las solicitudes de renovación.

Para Solicitudes de Renovación:

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

Someter su solicitud en persona a:

Oficina de Sustancias Controladas y Cannabis Medicinal
1506 Avenida Ponce de León
Santurce, Puerto Rico 00922

Formulario de Registro de Médicos para la Recomendación de Cannabis Medicinal en Puerto Rico

Sección I. Información del Solicitante:

Nombre

Número de Licencia

Especialidad

Fecha de Nacimiento

Dirección física de la Oficina

Pueblo

Código Postal

Teléfono

Dirección Postal de la Oficina

Pueblo

Código Postal

Lic. de Sustancias Controladas

Email

JURO, que la información antes provista es completa y correcta y que he tomado el adiestramiento provisto por el Departamento de Salud sobre el Cannabis Medicinal.

JURO además, que a medida que soy un médico con licencia para ejercer la medicina en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Y estoy en el proceso de solicitar autorización para recomendar el uso del cannabis medicinal a mis pacientes, actualmente no tengo NINGUN INTERES en ningún negocio, corporación, sociedad, empresa o entidad relacionada a la venta, producción, cultivo, manufactura, distribución o dispensación de cannabis medicinal. Certifico además que después de la emisión de una autorización por la Oficina de Sustancias Controladas y Cannabis Medicinal para recomendar cannabis medicinal no voy a participar en, ni a solicitar autorización para llevar a cabo ningún tipo de negocio relacionado al cannabis medicinal.

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

Firma del Solicitante

Afidávit Número _____.

Jurado y suscrito ante mi por _____, de las circunstancias personales anteriormente descritas y a quien doy fe de conocer personalmente o identifiqué mediante _____, la cual contiene foto y firma, en _____, Puerto Rico, hoy día __ de _____ de _____.

Notario Público