



Instrucciones para la Solicitud de la Tarjeta de Identificación de Pacientes para el uso de Cannabis Medicinal

Requisitos para Pacientes Adultos

- Formulario completado, incluyendo el juramento ante notario.
- 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.
- Cheque certificado, cheque de gerente o giro a nombre del Secretario de Hacienda por la suma de \$25.00.

Requisitos para Acompañantes Autorizados:

- Formulario completado, incluyendo el juramento ante notario.
- Certificación de un médico autorizado recomendando al paciente 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 Acompañante Autorizado.
- 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 155.
- Certificación de Antecedentes Penales.
- Si es 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.

Requisitos para Pacientes Menores de Edad

- Formulario completado, incluyendo el juramento ante notario.
- Copia del consentimiento escrito completado por los padres, tutor o cualquier persona con patria potestad conforme a los requisitos establecidos en Ley.
- Certificado de Antecedentes Penales del padre designado como acompañante o tutor.
- Certificación de dos (2) médicos autorizados recomendando al menor el uso de cannabis medicinal.
- Certificado de Nacimiento del menor o prueba de tutela.
- 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 o tutor designado como acompañante autorizado.



- Cheque certificado, cheque de gerente o giro a nombre del Secretario de Hacienda por la suma de \$25.00.

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.

NOTA: NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS.

Someter su solicitud con pago de arancel en persona en la:

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



Formulario de Solicitud para la Tarjeta de Identificación del Paciente para el uso de Cannabis Medicinal

Nueva Creación Renovación Menor Adulto

Sección I. Información del Paciente:		
1. Apellido	2. Nombre	3. Inicial
4. Número de Seguro Social	5. Género	6. Fecha de Nacimiento
7. Dirección (donde se enviará la tarjeta)		
7.1 Pueblo	7.2 Código Postal	8. Teléfono
9. Correo Electrónico		10. Condición Debilitante y desde cuando la padece.
Sección II. Información del Acompañante Autorizado Designado por el Paciente:		
11. Apellido	12. Nombre	13. Inicial
14. Número de Seguro Social	15. Relación con el Paciente	16. Fecha de Nacimiento
17. Dirección Física		
17.1 Pueblo	17.2 Código Postal	18. Teléfono
19. Correo Electrónico		20. ¿Cuida de algún otro paciente? Si contesta en la afirmativa, favor indicar cantidad y nombre(s) del otro paciente.

JURO, que la información antes provista es completa y correcta, que se ha emitido a favor de la persona identificada en la Sección I, una recomendación médica escrita de un médico autorizado que acredita que padece de una condición médica debilitante y que el paciente se beneficiaría al recibir tratamiento médico con Cannabis Medicinal, la cual se aneja y se hace formar parte de este documento.

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

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Afidávit Número _____.

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

Notario Público