



Formulario de Solicitud para la Tarjeta de Identificación de Acompañante Autorizado para el uso de Cannabis Medicinal

Nueva Creación

Renovación

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

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 identifiqué mediante _____, la cual contiene foto y firma, en _____, Puerto Rico, hoy día __ de _____ de _____.

Notario Público