



¿Alguna vez ha sido convicto por algún delito grave en la esfera estatal, federal y/o extranjera?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
¿Ha fallado en hacer pagos de contribuciones adeudadas o en alguna deuda en la que haya incurrido con alguna agencia de gobierno o está en atrasos en sus pagos por concepto de pensión alimentaria?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
¿Le ha revocado el Departamento de Salud su permiso para ser médico primario o cuidador primario?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
Actualmente, ¿es usted menor de 21 años de edad?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
Si usted respondió "Sí" a alguna de estas preguntas, según la reglamentación del Estado Libre Asociado de Puerto Rico <b>NO</b> puede obtener una licencia ocupacional de Cannabis Medicinal.	

**Sección III** Historial criminal

Después de cumplir los dieciocho (18) de edad, ¿alguna vez ha sido convicto por algún delito grave en la esfera estatal, federal y/o extranjera?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
En los últimos cinco (5) años, ¿ha sido convicto por algún delito grave en la esfera estatal, federal y/o extranjera? NOTA: Enumere toda acusación presentada en su contra por delitos graves durante los pasados cinco (5) años, sin excepción.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO

**SECCIÓN IV** Educación

Escuela superior	Dirección
Grados completados: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguno	Fecha de graduación  _____ / _____ mes                      año
Universidad y/o Institución de educación superior	Dirección
Fecha de graduación  _____ / _____ mes                      año	Concentración / Grado Obtenido
Universidad y/o Institución de educación superior	Dirección
Fecha de graduación  _____ / _____ mes                      año	Concentración / Grado Obtenido
Universidad y/o Institución de educación superior	Dirección
Fecha de graduación  _____ / _____ mes                      año	Concentración / Grado Obtenido

**SECCIÓN V** Aranceles

Marque uno	Tipo	Arancel correspondiente
<input type="checkbox"/>	Licencia ocupacional gerencial	\$500.00
<input type="checkbox"/>	Licencia ocupacional de empleado	\$150.00

Total de aranceles a pagar	\$ _____
Nombre y firma del Solicitante	Fecha  ____ / ____ / ____ día      mes      año
Nombre y firma del técnico que recibe los documentos (Para uso de la Oficina)	Fecha  ____ / ____ / ____ día      mes      año