



## Instrucciones para la Solicitud de Registro de Acompañante Autorizado de Paciente de Cannabis Medicinal

### Requisitos para Acompañantes Autorizados:

- Formulario completado.
- Copia de un documento de identidad con retrato y firma, expedido por las autoridades públicas competentes del Gobierno de Puerto Rico, de los Estados Unidos o pasaporte del paciente.
- Certificación de Antecedentes Penales del Acompañante Autorizado expedido dentro de treinta (30) días previos a la solicitud.
- Sello de rentas Internas del Departamento de Hacienda con el código 5135 por la suma de \$25.00.
- Autorización para notificar resultado de evaluación de solicitud de identificación para el uso de Cannabis Medicinal y para entregar la misma a un representante autorizado por el paciente (Formulario: AID-01).

### Requisitos para Acompañantes Autorizados a Pacientes menores de edad:

- Formulario completado.
- Copia de un documento de identidad con retrato y firma, expedido por las autoridades públicas competentes del Gobierno de Puerto Rico, de los Estados Unidos o pasaporte del padre, madre o tutor designado por un tribunal que vaya a ser designado acompañante autorizado del menor.
- Certificado de Antecedentes Penales del padre, madre o tutor designado por un tribunal que vaya a ser designado acompañante autorizado del menor expedido dentro de treinta (30) días previos a la solicitud.
- En caso de que uno o ambos padres del paciente menor de edad sean menores de veintiún (21) años de edad, deberán presentar certificado de matrimonio o prueba de emancipación, de lo contrario no podrán ser designados como acompañantes autorizados del paciente.
- Persona que ostenta la patria potestad del paciente menor de edad que sea designado por el Tribunal, deberá presentar copia del documento judicial que así lo establezca.
- Sello de rentas Internas del Departamento de Hacienda con el código 5135 por la suma de \$25.00.
- Autorización para notificar resultado de evaluación de solicitud de identificación para el uso de Cannabis Medicinal y para entregar la misma a un representante autorizado por el paciente (Formulario: AID-01).

### Aviso para todos los solicitantes:

- Toda Solicitud de Registro de Acompañante Autorizado de Cannabis Medicinal deberá ser sometida en conjunto con la Solicitud de Registro de Paciente para el Uso de Cannabis Medicinal que el solicitante asistirá.

### Para Solicitudes de Renovación:

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

### No se aceptarán solicitudes Incompletas

### Someter su solicitud en persona a:

Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal  
1506 Avenida Ponce de León,  
Santurce, Puerto Rico 00922



Solicitud Número: CM-AAP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Solicitud para Registro de Acompañante Autorizado de Paciente de Cannabis Medicinal

Nueva  Renovación  Duplicado  Otro: \_\_\_\_\_

#### Sección I. Información del Acompañante Autorizado

Nombre		
Dirección Física		
Pueblo	Código Postal	Teléfono
Dirección Postal		
Pueblo	Código Postal	Correo Electrónico
Fecha de Nacimiento	Género	Número de Seguro Social
Relación con el Paciente		

#### Sección II. Información del Paciente

Nombre		
Dirección		
Pueblo	Código Postal	Teléfono
Número de Seguro Social	Correo Electrónico	
Fecha de Nacimiento	Edad	Teléfono alternativo

Certifico, que la información antes provista es completa y correcta, so pena de incurrir en el delito de perjurio.

Y PARA QUE ASI CONSTE, suscribo la misma en \_\_\_\_\_, Puerto Rico, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

**PARA USO OFICIAL**



\_\_\_\_\_  
Número de Paciente

\_\_\_\_\_  
Número de Registro

\_\_\_\_\_  
Fecha de Expedición

\_\_\_\_\_  
Fecha de Expiración

\_\_\_\_\_  
Firma del Funcionario

