



## GOBIERNO DE PUERTO RICO

---

Departamento de Salud  
Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal

### INFORMACION Y CONSENTIMIENTO DE PACIENTE BAJO DISPENSA DE EMERGENCIA: HURACAN MARIA

YO \_\_\_\_\_ por este medio certifico que soy un Paciente de Cannabis Medicinal autorizado, PA # \_\_\_\_\_ por el Estado Libre Asociado, y deseo acogerme a la Orden de Dispensa para la Dispensación de Medicamento de Cannabis Medicinal por Emergencia Huracán Maria.

CERTIFICO que actualmente me encuentro registrado en el Dispensario \_\_\_\_\_ Ubicado en el municipio de \_\_\_\_\_.

ADEMÁS certifico que conozco que existe una limitación de compra de cannabis medicinal de 1.5oz o su equivalente en productos derivados por día.

CERTIFICO además que al día de hoy no he comprado mas de la cantidad permitida en ley y reglamento.

Y PARA QUE ASI CONSTE, firmo este documento de información y Consentimiento Informado hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

\_\_\_\_\_

Firma

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_