



Recomendación Médica para el Uso de Cannabis Medicinal			
Sección I.	Información del Paciente:		
Nombre			
Dirección Física			
Pueblo	Código Postal	Teléfono	
Dirección Postal			
Pueblo	Código Postal	Correo Electrónico	
Fecha de Nacimiento	Género	Número de Seguro Social	
Peso	Altura	Color de ojos	Fecha de Evaluación
1. El paciente ha sido diagnosticado y se encuentra bajo tratamiento por la(s) siguiente(s) condición(es) médica(s) debilitante(s):			
<input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Desórdenes de Ansiedad <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> PTSD	<input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Cáncer y el tratamiento de quimioterapia para el Cáncer <input type="checkbox"/> Enfermedad Inflamatoria Intestinal <input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> Desordenes relacionados al VIH positivo <input type="checkbox"/> Enfermedades degenerativas tales como: la Esclerosis Lateral Amiotrófica y Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/> Lesión en el Cordón Espinal <input type="checkbox"/> Neuropatías Periferales <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar <input type="checkbox"/> Fibromialgia <input type="checkbox"/> Enfermedades incurables y avanzadas que requieran cuidado paliativo <input type="checkbox"/> Otra condición _____ que cause caquexia, dolor crónico, náuseas severas o espasmos musculares persistentes:	
2. Vía(s) Autorizada(s):			
<input type="checkbox"/> Gotas orales o sublinguales <input type="checkbox"/> Inhaladores orales <input type="checkbox"/> Tópicos, ungüentos o cremas <input type="checkbox"/> Cápsulas o tabletas <input type="checkbox"/> Supositorios <input type="checkbox"/> Vaporización de la flor, hojas o "trim" <input type="checkbox"/> Otra vía autorizada por la Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal: _____	<input type="checkbox"/> Parchos transdermales <input type="checkbox"/> Productos comestibles de Cannabis Medicinal <input type="checkbox"/> Productos comestibles concentrados <input type="checkbox"/> Vaporización de concentrados <input type="checkbox"/> Tinturas <input type="checkbox"/> Concentrados		
3. De escoger la "vaporización de la flor, hojas o trim" seleccionar alguno de los siguientes:			
<input type="checkbox"/> Diagnosticado con una enfermedad terminal <input type="checkbox"/> No hay otras alternativas idóneas o adecuadas de tratamiento y/o remedio <input type="checkbox"/> Método idóneo de tratamiento			
4. Vigencia de la recomendación para el suministro de Cannabis Medicinal:			
<input type="checkbox"/> 1 mes <input type="checkbox"/> 2 meses <input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 4 meses <input type="checkbox"/> 5 meses <input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 7 meses <input type="checkbox"/> 8 meses <input type="checkbox"/> 9 meses	<input type="checkbox"/> 10 meses <input type="checkbox"/> 11 meses <input type="checkbox"/> 12 meses
5. Recomendación(es) y/o razón(es) adicional(es):			
<hr/> <hr/> <hr/>			
Sección II.	Información del Médico:		
Nombre			
Dirección Postal			
Pueblo	Código Postal	Teléfono	
Número de Licencia de Cannabis Medicinal	Núm. de Licencia de Sustancias Controladas		
Correo Electrónico			
<input type="checkbox"/> CERTIFICO, que la información antes provista es completa y correcta, que para la fecha en que se firma este documento estoy autorizado a ejercer como médico en Puerto Rico, que tengo una relación médico-paciente bona-fide con la persona identificada en la Sección I de este documento, que he evaluado al paciente por la condición médica o condiciones médicas debilitantes, que he concluido que se beneficiaría de tratamiento con cannabis medicinal y que el paciente fue orientado en torno a los riesgos y los beneficios del cannabis medicinal y que este documento no es una receta para el uso de cannabis medicinal. <input type="checkbox"/> NO CERTIFICO paciente para uso de Cannabis Medicinal			
Firma del médico autorizado			Fecha