

## Instrucciones para la Solicitud de la Tarjeta de Identificación para el uso de Cannabis Medicinal

### Requisitos para Pacientes Adultos

- Formulario completado, incluyendo el juramento ante notario
- Certificación de un médico autorizado recomendando el uso de cannabis medicinal
- Copia de un documento de identidad con retrato y firma, expedido por las autoridades públicas competentes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, de los Estados Unidos o pasaporte del paciente
- Cheque certificado, cheque de gerente o giro a nombre del Secretario de Hacienda por la suma de \$25.00.

### Requisitos para Pacientes Adultos con Acompañantes Autorizados:

- Formulario completado, incluyendo el juramento ante notario
- Certificación de un médico autorizado recomendando el uso de cannabis medicinal
- Copia de un documento de identidad con retrato y firma, expedido por las autoridades públicas competentes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, de los Estados Unidos o pasaporte del paciente
- Formulario completado y notarizado de Solicitud de Tarjeta de Identificación de Acompañante Autorizado para la persona que se designará acompañante autorizado
- Copia de un documento de identidad con retrato y firma, expedido por las autoridades públicas competentes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, de los Estados Unidos o pasaporte del Acompañante Autorizado.
- Certificación de Antecedentes Penales del Acompañante Autorizado.
- Si el paciente se encuentra incapaz de acudir a registrarse con la persona que designará como acompañante autorizado, declaración jurada que lo autoriza a tramitar todos los documentos necesarios para que el paciente cualificado pueda obtener su registro bajo el Reglamento.
- Si la persona que designará como acompañante autorizado es ya un Acompañante Autorizado de algún otro paciente de cannabis medicinal deberá incluir copia de sus registros previos.
- Cheque certificado, cheque de gerente o giro a nombre del Secretario de Hacienda por la suma de \$25.00

### Requisitos para Pacientes Menores de Edad

- Formulario completado, incluyendo el juramento ante notario
- Certificado de Nacimiento del menor o prueba de tutela
- Consentimiento, por escrito, de ambos padres del menor autorizando al uso del cannabis medicinal. En caso de que uno de los padres haya fallecido o haya sido privado de la patria potestad, se deberá incluir un certificado de defunción o una sentencia del tribunal, respectivamente.
- Certificado de Antecedentes Penales del padre, madre o tutor designado por un tribunal que vaya a ser designado acompañante autorizado del menor.
- Certificación de dos (2) médicos autorizados recomendando al menor el uso de cannabis medicinal
- Formulario completado y notarizado de Solicitud de Tarjeta de Identificación de Acompañante Autorizado para la o las persona (s) que se designará(n) acompañante autorizado del menor.
- Copia de un documento de identidad con retrato y firma, expedido por las autoridades públicas competentes del Estado Libre Asociado 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.
- Cheque certificado, cheque de gerente o giro a nombre del Secretario de Hacienda por la suma de \$25.00

### Aviso para todos los solicitantes:

- Toda Solicitud de Tarjeta de Identificación para el Uso de Cannabis Medicinal de un paciente que requiera un Acompañante Autorizado deberá ser sometida en conjunto con la Solicitud de Tarjeta de Identificación de Acompañante Autorizado de la persona que el paciente designe como Acompañante Autorizado.
- En los casos de pacientes menores de edad y pacientes adultos incapaces de acudir a registrarse, la Oficina de Sustancias Controladas y Cannabis Medicinal solamente expedirá una Tarjeta de Identificación para sus Acompañantes Autorizados.

### Para Solicitudes de Renovación:

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

### No se aceptarán solicitudes Incompletas

#### Someter su solicitud en persona a:

Oficina de Sustancias Controladas y Cannabis Medicinal  
1506 Avenida Ponce de León,  
Santurce, Puerto Rico 00922

## Solicitud para la Tarjeta de Identificación 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
Condición Causal y desde cuando la padece		

### Sección II. Información del Acompañante Autorizado

Aviso: Esta sección solamente aplica a pacientes menores de edad o aquellos que requieran la asistencia de un acompañante autorizado para procurar Cannabis Medicinal. El Acompañante Autorizado deberá llenar, notarizar y someter la Solicitud de Tarjeta de Identificación de Acompañante Autorizado por separado y en conjunto a este formulario.

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

### Sección III. Información del otro padre o madre

Aviso: Esta sección solamente aplica a pacientes menores de edad cuando ambos padres soliciten ser sus Acompañantes Autorizados. El padre y la madre del paciente menor de edad deberán llenar, notarizar y someter la Solicitud de Tarjeta de Identificación de Acompañante Autorizado por separado y en conjunto a este formulario.

Nombre		
Dirección Física		
Pueblo	Código Postal	Teléfono
Número de Seguro Social		Correo Electrónico
Fecha de Nacimiento	Género	Relación con el Paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre

**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.**

**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 identifico mediante \_\_\_\_\_, la cual contiene foto y firma, en \_\_\_\_\_, Puerto Rico, hoy día \_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notario Público