Programa de Marihuana para Uso Médico
DOCUMENTACIÓN ESCRITA DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS DEL/DE LA PACIENTE
(Por favor, escriba en letra de molde)

Nota para el Médico que Proporciona la Atención: Ésta no es una forma obligatoria. Si se usa, esta forma servirá como documentación escrita, por parte del médico que proporciona la atención, declarando que al/a la paciente se le ha diagnosticado con una condición médica grave, y que es apropiada la marihuana de uso médico. Tiene que archivarse una copia de esta forma en los expedientes médicos del paciente. Si el/la paciente elige solicitar una tarjeta de identificación para el Programa de Marihuana para Uso Médico, por medio del departamento de salud del condado o de su designado, la agencia llamará a su consultorio, para verificar la información contenida en esta forma.

Nombre del médico que proporciona la atención			Número de licencia médica de California
Dirección de servicio postal (número, calle)			Número de teléfono del consultorio ( )
Ciudad	Estado	Código postal	Número de fax del consultorio ( )

Licencia otorgada por *(marque uno)*:

☐ Medical Board of California (La Junta Médica de California) ☐ Osteopathic Medical Board of California (La Junta Médica Osteopática de California)

_____ es un(a) paciente bajo la atención y supervisión médica del médico
Nombre del/de la paciente
mencionado anteriormente, quien ha diagnosticado al/a la paciente con una o más de las siguientes condiciones médicas:

1. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
2. Anorexia
3. Artritis
4. Caquexia
5. Cáncer
6. Dolor crónico
7. Glaucoma
8. Migrañas
9. Espasmos musculares persistentes, incluyendo, pero no limitándose a, los espasmos asociados con la esclerosis múltiple
10. Convulsiones, incluyendo, pero no limitándose a los ataques de epilepsia
11. Náuseas graves
12. Cualquier otro síntoma médico persistente que:
    a. Limite substancialmente la capacidad de la persona, para llevar a cabo una o más actividades principales de la vida diaria, según se definen en la Ley para Incapacitados de los Estados Unidos de 1990; ó
    b. De no aliviarse, podría causar grave daño a la seguridad o a la salud física o mental del/de la paciente

DECLARACIÓN DEL MÉDICO QUE PROPORCIONA LA ATENCIÓN:

A este(a) paciente se le ha diagnosticado una o más de las condiciones médicas antedichas, y la marihuana para uso médico es apropiada.

_____	( ) _____	_____
Nombre del médico o personal del médico, que completa esta forma	Número de teléfono	Fecha

Original—Paciente Copia—Archivo del/de la paciente