

Programa de Marihuana para Uso Médico

SOLICITUD/RENOVACIÓN

(Por favor, escriba en letra de molde)

Para las instrucciones de la solicitud, vea la página 4.

Esta solicitud es para:

- Paciente (Solicitante)
 Cuidador Principal
 Paciente o Cuidador Principal

SECCIÓN 1 A COMPLETARSE POR TODOS LOS SOLICITANTES.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Dirección postal (número, calle)

Número de teléfono

()

Ciudad

Estado

Código postal

Condado de residencia

Información adicional para comunicarse con usted

¿Es el/la solicitante menor de 18 años de edad? Sí No

Si la respuesta es sí, la Sección 2 debe ser completada por el padre/la madre, el guardián legal o la persona que tiene autoridad legal, para tomar decisiones médicas por el/la solicitante menor de edad; a menos que el/la solicitante menor de edad esté (marque uno):

- Legalmente emancipado(a); o
 Se declare menor de edad autosuficiente o un(a) menor de edad capaz de dar consentimiento médico

SECCIÓN 2 A COMPLETARSE POR EL/LA SOLICITANTE MENOR DE EDAD IDENTIFICADO(A) EN LA SECCIÓN 1.

Nombre del padre/madre/tutor(a)/otro (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Número de teléfono, si es diferente del que se indicó anteriormente ()

Dirección postal, si es diferente de la que se indicó anteriormente (número, calle)

Ciudad

Estado

Código postal

Relación con el/la solicitante (*marque uno*):

- Padre/madre con autoridad legal, para tomar decisiones médicas
 Guardián legal
 Otra persona o entidad con autoridad legal, para tomar decisiones médicas

SECCIÓN 3 A COMPLETARSE SI EL/LA SOLICITANTE ES INCAPAZ DE TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES MÉDICAS.

¿Tiene el/la solicitante la capacidad para tomar decisiones médicas? Sí No

Si la respuesta es "No," escriba el nombre y el domicilio de la persona que actúa a nombre del/de la solicitante:

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Número de teléfono

()

Dirección postal (número, calle)

Ciudad

Estado

Código postal

Marque una de las siguientes casillas para indicar la autoridad legal de la persona (representante legal) que firma esta solicitud, a nombre del solicitante:

- Soy el/la conservador(a) del solicitante y tengo la autoridad para tomar decisiones médicas.
 Soy el/la persona abogado(a) notariado/a para la atención médica.
 Soy la persona suplente que toma decisiones autorizadas bajo un documento de instrucciones anticipadas para la atención médica.
 Tengo autorización de acuerdo a la ley reglamentaria de resolución para tomar decisiones médicas por el/la solicitante de la siguiente manera:
 Padre/Madre Guardián legal Otro (*por favor, especifique*): _____

SECCIÓN 4**A COMPLETARSE POR EL CUIDADOR PRIMARIO, QUE SOLICITA UNA
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN.**

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			Fecha de Nacimiento (si tiene menos de 18 años de edad)
Dirección postal (número, calle)			Número de teléfono ()
Ciudad	Estado	Código postal	Condado de residencia

Responsabilidades del cuidador primario: *(Documento cómo usted asume consistentemente la responsabilidad de la vivienda, de la salud o de la seguridad del/de la solicitante.)*

Marque su designación como cuidador principal en la siguiente lista:

- Soy el padre/la madre del/de la solicitante o la persona con derecho a tomar decisiones médicas, a nombre del/de la solicitante.
- Soy la persona designada como el cuidador principal solamente para este(a) solicitante.
- Soy la persona designada como el cuidador principal para otro(a) solicitante (paciente que califica) en este condado.
- Soy la persona designada como el cuidador principal para un(a) solicitante (paciente que califica) en otro condado.

Nombre del condado:

Marque una de las siguientes dos opciones si su situación como cuidador principal está ligada a una entidad relacionada a los servicios de salud:

- Soy el/la propietario(a)/operador(a) de una clínica, conforme al Capítulo 1 (comenzando con la Sección 1200), División 2, del Código de Salud y Seguridad [Health and Safety (H&S) Code].
- Soy un(a) empleado(a)* de una clínica/centro/hospicio o agencia de atención médica a domicilio, designado(a) por el/la propietario(a)/operador(a), para servir como el cuidador primario.

Marque todas las casillas que le sean pertinentes:

- Este centro de atención médica tiene licencia, conforme al Capítulo 2 (comenzando con la Sección 1250), División 2, del Código de H&S.
- Este centro de atención residencial tiene licencia, conforme al Capítulo 3.01 (comenzando con la Sección 1568.01), División 2, del Código de H&S.
- Este centro de atención residencial tiene licencia, conforme al Capítulo 3.2 (comenzando con la Sección 1569), División 2, del Código de H&S.
- Este hospicio o agencia de atención médica en la vivienda, conforme al Capítulo 8 (comenzando con la Sección 1725), División 2, del Código de H&S.

La Sección 11362.7 (d) (1), del H&S, limita a un máximo de tres empleados, que pueden servir como cuidadores primarios.

Nota: Incluya una copia de esta página, para cada cuidador primario.

Declaración del Cuidador Primario: Entiendo y reconozco mis responsabilidades asignadas como el cuidador primario de

Nombre del/de la solicitante

Entiendo que, si la tarjeta de identificación del solicitante se vence, entonces mi tarjeta de identificación como cuidador principal también se vencerá. Estoy de acuerdo en devolver mi tarjeta de identificación como cuidador principal al departamento de salud de este condado o a su designado si este(a) solicitante cambia de cuidador principal. Estoy de acuerdo en que si soy el/la propietaria(a) u operador(a) de un centro de atención médico designado cuidador principal de este(a) solicitante tendré que notificar al departamento de salud de este condado o a su designado al realizarse un cambio de cuidador principal. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información proporcionada en esta forma es verdadera y correcta.

Nombre (en letra de molde) del cuidador principal

Firma del cuidador principal

Fecha

SECCIÓN 5**TODOS LOS SOLICITANTES TIENEN QUE IDENTIFICAR AL MÉDICO QUE LES PROPORCIONA ATENCIÓN MÉDICA**

Nombre del médico que proporciona la atención médica			Número de licencia médica de California
Dirección de servicio postal (número, calle)			Licencia otorgada por (<i>marque uno</i>)
Ciudad	Estado	Código postal	La Junta Médica de California La Junta Médica Osteopática de California Junta de Medicina Podológica de California
Número de teléfono del consultorio ()		Número de fax del consultorio ()	

Notificación Requerida por la Sección 1798.17, del Código Civil

La Sección 1798.17 del Código Civil requiere que se proporcione esta notificación al obtener información personal o confidencial de las personas. Es obligatorio proporcionar la información individual y la información de identificación solicitada en este formulario. Si no se proporciona esta información a la agencia administradora, para procesar su solicitud de una tarjeta de identificación de marihuana médica, se denegará su solicitud. La información recopilada se verificará con exactitud para determinar la elegibilidad para obtener una tarjeta de identificación de marihuana médica. Las Secciones 11362.71 y 11362.715 del Código de Salud y Seguridad autorizan la recopilación y el mantenimiento de la información.

La Ley de Uso Compasivo de 1996 (Acto) (H&S Sección del Código 11362.5) garantiza que los pacientes y sus cuidadores principales que posean o cultiven marihuana para los fines médicos personales del paciente por recomendación de un médico no estén sujetos a la ley penal de California; enjuiciamiento o sanción. Sin embargo, la Ley no protege a las plantas de marihuana de las incautaciones ni a los individuos contra el enjuiciamiento federal bajo la Ley federal de sustancias controladas. La información que proporcione en esta solicitud se puede divulgar según lo exija la ley, la orden judicial o la citación, y se puede utilizar en un proceso penal federal.

Usted tiene derecho a acceder a los registros que contienen su información personal que son mantenidos por el departamento de salud del condado, o la persona designada por el condado, y el Departamento de Salud Pública de California. (California Departamento of Public Health, CDPH, por sus siglas en inglés).

Responsabilidades

Es mi responsabilidad:

- Notificar en un plazo de siete días, al departamento de salud del condado o la persona designada por el condado sobre cualquier cambio en mi médico de cabecera o cuidador primario designado.
- Utilizar mi tarjeta de identificación solamente para los fines previstos por la ley.
- Asegurarme de que exista una autorización para la revelación de información médica, archivada con mi médico de atención, a fin de completar mi solicitud.

Declaración

He leído la notificación requerida por la Sección 1798.17, del Código Civil, y entiendo mis responsabilidades, según se describen anteriormente, en relación a mi participación en el Programa de Marihuana para Uso Médico. Confirmando, a mi mejor saber y entender, las responsabilidades enumeradas y la información proporcionada por mi cuidador principal. Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada en y con esta solicitud es verdadera y correcta.

Escriba (en letra de molde) el nombre del/de la solicitante o representante legal

Firma del/de la solicitante o representante legal

Fecha

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD/RENOVACIÓN DEL PROGRAMA DE MARIHUANA PARA USO MÉDICO

¿Quién puede solicitar?

Este programa es voluntario. Usted puede presentar una solicitud en el programa si reside en un condado de California y su médico recomienda el uso de la marihuana con propósito medicinal para una o más condiciones médicas graves que padece, como se especifica en el número 3, a continuación. Es su opción designar a un cuidador principal y solicitar su tarjeta de identificación al momento de enviar su solicitud.

INSTRUCCIONES:

Usted debe completar el formulario de Solicitud/Renovación (CDPH 9042) y proporcionar la siguiente información, para recibir una tarjeta de identificación. Envíe tanto el CDPH 9042 como la siguiente información al departamento de salud de su condado (o su representante).

1. Proporcione una tarjeta de identificación con foto válida emitida por el gobierno (como una licencia de conducir) que le envíen a su nombre. Si es menor de 18 años y no tiene identificación con foto, puede sustituir una copia certificada de su certificado de nacimiento en lugar de la identificación con foto. Si designa a un cuidador principal en su formulario de solicitud, su cuidador principal debe presentar una identificación con fotografía al mismo tiempo que envía su solicitud. Un cuidador principal puede usar un certificado de nacimiento certificado si es menor de 18 años y no tiene una identificación con foto emitida por el gobierno.
2. Proporcione comprobante de residencia de su condado con uno de los siguientes documentos:
 - Un recibo actual de alquiler/hipoteca o una factura reciente de servicios públicos a su nombre con su domicilio actual dentro del condado; o
 - Un registro actual de vehículos motorizados de California a su nombre con su dirección actual dentro del condado.
3. Documentación escrita de su médico recomendando que el uso de la marihuana medicinal es apropiado para una o más de las siguientes condiciones médicas graves que padece: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); anorexia; artritis; caquexia; cáncer; dolor crónico; glaucoma; migrañas; espasmos musculares persistentes, incluyendo, pero no limitándose a espasmos asociados con la esclerosis múltiple; convulsiones, incluyendo, pero no limitándose a convulsiones asociadas con la epilepsia; náuseas graves; o cualquier otro síntoma médico crónico o persistente que limita substancialmente la capacidad de la persona para llevar a cabo una o más actividades principales de la vida diaria como se define en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, ó, si no se alivia, tales síntomas médicos crónicos o persistentes pueden causar daños graves a su propia seguridad o su salud física o mental.
4. Su médico puede usar el formulario de Documentación Escrita del Expediente Médico del Paciente (CDPH 9044) para que sirva como documento médico. Este formulario puede obtenerse en su condado o en el sitio web del Departamento de Salud Pública de California, en: <http://www.cdph.ca.gov/pubsforms/forms/CtrlForms/cdph9044.pdf>
5. Se requiere que la agencia administradora verifique la documentación médica del solicitante. Es responsabilidad del solicitante asegurarse de que la divulgación médica autorizada de la información se encuentre archivada con su proveedor médico.
6. Comuníquese con el departamento de salud local de su condado para conocer las oficinas y las tarifas de la tarjeta de identificación.
7. La participación de Medi-Cal en el momento de solicitar le da derecho al solicitante a una reducción del 50 por ciento en las tarifas.
8. La participación en el Programa de Servicios Médicos del Condado al momento de la solicitud le da derecho a renunciar a las tarifas del solicitante.
9. Si presenta una solicitud incompleta y / o no proporciona toda la información mencionada anteriormente, su solicitud será negada y es posible que no pueda volver a solicitarla en los próximos seis meses.

El costo de la solicitud no es reembolsable.