



## **Certificación Médica Recomendando el Uso del Cannabis Medicinal**

### **ADVERTENCIA: ESTO NO ES UNA RECETA**

Esta certificación médica es una recomendación de uso y no constituye una receta para el uso de cannabis medicinal.

**Para poder recomendar el uso de marihuana medicinal el médico autorizado debe:**

- Estar autorizado y licenciado a practicar la medicina en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- Estar autorizado y licenciado a recetar y prescribir drogas y medicamentos controlados en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- Haber tomado el Adiestramiento sobre Cannabis Medicinal ofrecido por el Departamento de Salud de Puerto Rico.
- Haberse Registrado con el Departamento de Salud como Medico Autorizado a recomendar Cannabis Medicinal.
- Haber evaluado físicamente al paciente y determinado que padece de una de las condiciones que el Reglamento 155 del Secretario de Salud autoriza que se traten con cannabis medicinal.
- Proveer al paciente copia de la evaluación médica que refleja la condición para la cual se le recomienda el uso del cannabis medicinal.
- Mantener en el expediente del paciente copia de la evaluación médica que refleja la condición para la cual se le recomienda el uso del cannabis medicinal.
- Haber orientado al paciente sobre el uso, dosis y efectos del tratamiento con cannabis medicinal.
- Haber orientado al paciente sobre el término de duración de un (1) año de la Recomendación.
- Haber orientado al paciente sobre la relación médico paciente y notificar que si esta terminara por cualquier razón, la Recomendación médica será nula y el paciente que desee continuar con el tratamiento deberá gestionar una nueva Recomendación médica expedida por un médico autorizado.
- Dar seguimiento periódico al progreso del paciente con el tratamiento de cannabis medicinal





## Recomendación Médica para el uso de Cannabis Medicinal

- Nueva Creación                       Renovación                       Menor  
 Adulto

<b>Sección I. Información del Paciente:</b>		
<b>1. Apellido</b>	<b>2. Nombre</b>	<b>3. Inicial</b>
<b>4. Número de Seguro Social</b>	<b>5. Género</b>	<b>6. Fecha de Nacimiento</b>
<b>7. Dirección</b>		
<b>7.1 Pueblo</b>	<b>7.2 Código Postal</b>	<b>8. Teléfono</b>
<b>9. Nombre del Padre, Tutor o Acompañante</b>		<b>10. Fecha del examen físico</b>

7. El antes mencionado paciente ha sido diagnosticado con y se encuentra bajo tratamiento por la siguiente condición o condiciones crónicas y debilitantes o tiene una condición crónica y/o debilitante que le ocasiona una de las siguientes:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer<br><input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple<br><input type="checkbox"/> Alzheimer<br><input type="checkbox"/> Desordenes de Ansiedad<br><input type="checkbox"/> Anorexia<br><input type="checkbox"/> Hepatitis C<br><input type="checkbox"/> Nauseas Severas | <input type="checkbox"/> VIH<br><input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn<br><input type="checkbox"/> Artritis<br><input type="checkbox"/> Epilepsia<br><input type="checkbox"/> Migraña<br><input type="checkbox"/> Caquexia<br><input type="checkbox"/> Espasmos musculares persistentes | <input type="checkbox"/> Esclerosis Lateral (ELA)<br><input type="checkbox"/> Fibromialgia<br><input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide<br><input type="checkbox"/> Parkinson<br><input type="checkbox"/> Lesión del Cordón Espinal<br><input type="checkbox"/> Dolor Crónico |
|---|---|--|

8. Etiología

---



---



---

Etiología desconocida





**9. Recomendación de dosis y desglose del medio de administración:**

---



---



---



---



---



---



---

<b>Sección II. Información del Médico:</b>		
<b>10. Apellido</b>	<b>11. Nombre</b>	<b>12. Inicial</b>
<b>4. Número de Licencia</b>	<b>5. Número de Registro</b>	<b>6. Teléfono</b>
<b>9. Dirección Postal de la Oficina</b>		
<b>9.1 Pueblo</b>	<b>9.2 Código Postal</b>	<b>7. Licencia de controlados</b>
<b>9. Email</b>		

**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 el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, que tengo una relación medico-paciente bona-fide con la persona identificada en la Sección I de este documento, que he evaluado la condición física de esta persona y he concluido que se beneficiaría de tratamiento con cannabis medicinal y que este documento no es una receta para el uso de cannabis medicinal.**

<b>Firma del Médico Autorizado</b>	<b>Fecha</b>