



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

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

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

8. Etiología

Etiología desconocida





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

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

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.

Firma del Médico Autorizado	Fecha