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:

☐ Solamente el/la Paciente (Solicitante) ☐ Solamente el Cuidador Primario ☐ El/la Paciente y el Cuidador Primario

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, complete la Sección 2 para 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 declara de menor de edad autosuficiente o sea 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, para indicar la autoridad legal de la persona (representante legal) que firma esta solicitud, a nombre del/de la solicitante:

☐ Soy el/la conservador(a) del/de la solicitante, y tengo la autoridad, para tomar decisiones médicas.
☐ Soy el/la persona abogado(a) notarizado/a para la atención médica.
☐ Soy la persona suplente que toma decisiones, autorizada bajo un documento de instrucciones anticipadas para la atención médica.
☐ Tengo autorización, de acuerdo a la ley reglamentaria o 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: *(Documente cómo usted asume consistentemente la responsabilidad de la vivienda, de la salud o de la seguridad del/de la solicitante.)*

Marque su designación, como el cuidador primario, de 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 primario, solamente para este(a) solicitante.
- ☐ Soy la persona designada como el cuidador primario para otro(a) solicitante (paciente que califica) en este condado.
- ☐ Soy la persona designada como el cuidador primario 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 primario 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 que 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 de/de la solicitante se vence, entonces mi tarjeta de identificación como cuidador primario, también se vencerá. Estoy de acuerdo en devolver mi tarjeta de identificación como cuidador primario, al departamento de salud de este condado o a su designado, si este(a) solicitante cambia de cuidador primario. Estoy de acuerdo en que si soy el/la propietario(a) u operador(a) de un centro de atención médico designado cuidador primario de este(a) solicitante, yo notificare al departamento de salud de este condado o a su designado, si se realiza un cambio de cuidadores primarios. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información proporcionada en esta forma es verdadera y correcta.

_____
Nombre (en letra de molde) de la persona que es el/la cuidador primario

_____ _____
Firma de la persona que es es/la cuidador primario 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 *(marque uno)* ☐ Medical Board of California (La Junta Médica de California) ☐ Osteopathic Medical Board of California (La Junta Médica Osteopática de California)
Ciudad	Estado	Código postal	
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 personal y la información que identifique, que se solicita en esta forma. El no dar esta información a la agencia administrante, a fin de procesar su solicitud, para una tarjeta de identificación para la marihuana para uso médico, resultará en la negación de su solicitud. Es posible que la información de la solicitud se revele, según lo exija la ley, o por orden judicial. Las secciones 11362.71 y 11362.715 del Código del Salud y el Seguridad autorizan la colección y la conservación de la información.

El Acto Compasivo de Uso de 1996 (Acto) (H&S Sección del Código 11362.5) se asegura de que los pacientes y sus cuidadores primarios que poseen o cultivan de la marihuana para el uso medico personal del paciente y con la recomendación de un medico, no estén conforme al procesamiento o a la sanción criminal de California. Sin embargo, el acto no protege las plantas de la marihuana contra asimiento ni a los individuos del procesamiento federal debajo del Acto de las sustancias controladas federales. La información que usted proporciona en esta solicitud se puede utilizar según los requisitos de la ley, de orden judicial, o de la citación, y se podria utilizar en un procesamiento criminal federal.

Usted tiene el derecho de conseguir acceso a los registros que contienen su información personal que es mantenido por el departamento de la salud del condado, o por la agencia designada por el condado, y el Departamento de Servicios de Salud.

Responsabilidades

Es mi responsabilidad:

- Notificar, en un plazo de siete días, al departamento de salud del condado o a la agencia designada por el condado, de cualquier cambio de médico que me proporciona la atención, o del cuidador primario que me proporciona la atención.
- Utilizar mi tarjeta de identificación solamente para los propósitos 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. Confirmo, a mi mejor saber y entender, las responsabilidades enumeradas y la información proporcionada por mi cuidador primario. 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 solicitar participar en el programa, si reside en un condado de California, y si su médico recomienda el uso de la marihuana con propósito médico, para una o más condiciones médicas graves que usted sufra, según se especifica en el número 3, a continuación. Usted tiene la opción de designar a un cuidador primario encargado de su atención, y solicitar una tarjeta de identificación, para esa persona, en el momento en que presente su solicitud.

INSTRUCCIONES:

Usted tiene que completar la forma de *Solicitud/Renovación* (DHS 9042) y proporcionar la siguiente información, para recibir una tarjeta de identificación. Presente esta forma DHS 9042, y la siguiente información, al departamento de salud de su condado (o a su persona designada).

1. Proporcione una tarjeta de identificación con fotografía, proporcionada por el gobierno (como una licencia para conducir), que se le haya proporcionada a usted. Si usted es menor de 18 años de edad, y no tiene identificación con fotografía, puede sustituir una copia certificada de su acta de nacimiento, en vez de la identificación con fotografía. Si en su solicitud, usted designa a un cuidador primario, esa persona debe presentar identificación, con fotografía, al mismo tiempo que usted presente su solicitud. Un cuidador primario solamente puede utilizar una acta certificada de nacimiento, si es menor de 18 años, y si sirve como el/la cuidador primario de su propio(a) hijo(a).

2. Proporcione prueba de residencia en su condado con uno de los siguientes documentos:

   - Un recibo actual de alquiler/hipoteca o una factura reciente de servicios públicos, a su nombre, que tenga su domicilio actual, dentro del condado;
   - Una matrícula de vehículo motorizado de California, a su nombre, que tenga su domicilio actual, dentro del condado; o
   - Una Licencia para Conducir de California o una Tarjeta de Identificación de California, propocionada por el Departamento de Vehículos Motorizados de California (*California Department of Motor Vehicles—DMV*) con su domicilio actual, dentro del condado establecido.

   Si solamente tiene una Licencia para Conducir de California o una Tarjeta de Identificación de California, con un domicilio antiguo, establecido fuera del condado, usted podría presentar una Tarjeta de Certificación de Cambio de Dirección (DL 43), proporcionada por el *DMV,* que establezca su domicilio actual, dentro del condado, cuando presente su identificación. Si usted es menor de 18 años de edad, usted puede utilizar cualquiera de las formas de evidencia de residencia, mencionadas anteriormente, que le pertenezcan a su padre/madre o guardián legal, si esa persona también reside en el condado.

3. Documentación escrita de su médico, recomendando que el uso de la marihuana con propósito médico es apropiado para una o más de las siguientes condiciones médicas graves, de las que usted sufre: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); anorexia; artritis; caquexia; cáncer; dolor crónico; glaucoma; migrañas; espasmos musculares persistentes, incluyendo, pero no limitándose a los espasmos asociados con la esclerosis múltiple; convulsiones, incluyendo, pero no limitándose a los ataques de epilepsia; náuseas graves; o cualquier otro síntoma médico crónico o persistente, que 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, de no aliviarse dichos síntomas médicos crónicos o persistentes, podrían causar grave daño a su propia seguridad o a su salud física o mental.

4. Es posible que su médico utilice la forma de *Documentación Escrita de los Expedientes Médicos del/de la Paciente* (DHS 9044), para servir como documentación médica. Puede obtener esta forma de su condado o en el sitio del internet del Departamento de Servicios de Salud de California, en: www.dhs.ca.gov/mmp.

5. Se le requiere a la agencia administrante que verifique la documentación médica de un(a) solicitante. Es la responsabilidad del/de la solicitante asegurarse de que exista una autorización, para la revelación de información médica, archivada con su médico.

6. Comuníquese al departamento local de salud de su condado, para informarse acerca de las ubicaciones de las oficinas y del costo para las tarjetas de identificación.

7. La participación de Medi-Cal, en el momento de solicitar, le da derecho al/a la solicitante a una reducción del 50 por ciento del costo. **El costo para la solicitud no es reembolsable.**

8. Si usted presenta una solicitud incompleta, o si no proporciona toda la información anteriormente mencionada, se le negará su solicitud, y es posible que se le prohiba a solicitar por seis meses.