

Programa de Uso Medicinal de la Marihuana: formulario de registro de cuidadores personales

(Medical Use of Marijuana Program: Personal Caregiver Registration Form)

Los registros de cuidadores personales vencen anualmente. Puede volver a solicitar el registro de cuidador personal, anualmente, hasta 60 días antes de la fecha de vencimiento de su registro.

Registrarse *en línea* con el Programa de Uso Medicinal de la Marihuana (Programa) es la manera más rápida y conveniente de completar el proceso de registro de cuidador personal para ayudar a un Paciente calificado registrado (Paciente) con el uso médico de la marihuana. Este formulario de registro en papel está destinado a ser utilizado por cuidadores personales que no tienen acceso a internet y no pueden registrarse en línea. El registro es gratuito.

Para registrarse como cuidador personal, debe obtener un PIN del paciente al que estará asistiendo con el uso medicinal de la marihuana. Introducirá este PIN en el formulario de registro.

Complete y envíe por correo el formulario de registro adjunto con los documentos requeridos que se enumeran a continuación. Una vez completado el proceso de registro, recibirá por correo su tarjeta de identificación del programa.

Preparación para el registro

Antes de completar el formulario de registro adjunto, deberá reunir los siguientes elementos:

- El **PIN** proporcionado por el Paciente;
- Una **copia** de una forma válida de identificación (ID); y
- Una fotografía de usted (como se explica a continuación).

Forma válida de identificación

Las formas válidas de identificación incluyen una de las siguientes:

- Licencia de conducir emitida por el Estado;
 - Tarjeta de identificación emitida por el Registro de Vehículos Motorizados de su estado.
-
- Pasaporte de EE.UU. y otro documento que acredite su residencia principal; o
 - Identificación militar de EE. UU. y otro documento que acredite su residencia principal.
 - Tarjeta de residente permanente.

Si presenta una licencia de conducir o una tarjeta de identificación emitida por el Registro de Vehículos Motorizados de su estado:

Si presenta una licencia de conducir o una tarjeta de identificación emitida por el Registro de Vehículos Motorizados de su estado como su forma válida de identificación, el nombre y la dirección en su formulario de registro deben coincidir con el nombre y la dirección en su licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por el Registro de Vehículos Motorizados de su estado.

Si presenta un pasaporte o una identificación militar de EE. UU.:

Si presenta un pasaporte o una identificación militar estadounidense como forma válida de identificación, también deberá presentar un documento que demuestre su residencia principal (como se indica a continuación). Además, el nombre y la dirección que envíe al Programa deben coincidir con el nombre y la dirección del documento que presente para comprobar su residencia principal.

Envíe uno de los siguientes documentos que acredite su residencia principal:

- Factura de servicios públicos (gas, electricidad, teléfono, cable o combustible para calefacción), que tenga menos de 60 días de antigüedad y que contenga su nombre y dirección;
- Su tarjeta de matriculación de vehículo motorizado actual con su dirección actual;
- Factura de matrícula con fecha de vencimiento menor a seis (6) meses y dirigida a su domicilio actual;
- Póliza o factura de seguro de automóvil con menos de 60 días de antigüedad;
- Contratos hipotecarios, de arrendamiento o de préstamo de vivienda con fecha dentro de los seis (6) meses a partir de hoy, con su nombre, dirección y firma;
- Certificado de matrimonio de EE. UU. fechado en los últimos seis (6) meses;
- Factura de impuesto sobre bienes inmuebles o del impuesto especial del año en curso con su nombre y dirección;
- Correo de primera clase con menos de 60 días de antigüedad de cualquier agencia federal o estatal en el que figure su nombre y dirección; o
- Licencia profesional vigente emitida por el Estado con su dirección.

Una fotografía de usted mismo

Si presenta un pasaporte o una identificación militar de EE. UU. como forma válida de identificación, también deberá proporcionar una fotografía suya de identificación de tipo pasaporte. Esta foto se colocará en su tarjeta de identificación del programa.

Su foto debe ser:

- A color;
- Cuadrada en formato vertical/retrato;
- Tomada delante de un fondo blanco o blanquecino;
- Tomada dentro de los últimos seis (6) meses para reflejar su aspecto actual;



- Mostrando únicamente la cabeza y la parte superior de los hombros;
- Tomada mirando directamente a la cámara a la altura de los ojos;
- Tomada sin sonreír, con ambos ojos abiertos y sin anteojos; y
- Tomada sin ningún elemento que cubra el rostro o la cabeza, salvo con fines religiosos. Una fotografía para pasaporte cumple estos requisitos y se puede obtener en cualquier lugar que emita fotografías para pasaporte, como una farmacia, una oficina de correos o una tienda de fotografías.

Proceso de registro

Ahora que ha recibido el PIN y reunido los documentos necesarios, puede completar el formulario de registro adjunto.

Complete todas las secciones requeridas del formulario de forma clara y precisa. **Los formularios incompletos que no estén firmados ni fechados, o que no sean legibles, no se procesarán y se devolverán al solicitante.**

Para registrarse como cuidador personal, siga estos pasos:

PASO 1: Complete el formulario de registro de cuidador personal adjunto.

PASO 2: Envíe su:

- Formulario de registro completo;
- Copia de una forma válida de identificación (y una copia de un comprobante de residencia principal, si corresponde); y
- Fotografía.

Para:

**Cannabis Control Commission
Medical Use of Marijuana Program
Union Station
2 Washington Square
Worcester, MA 01604**

PASO 3: Notifique al paciente que ha enviado un formulario de registro de cuidador personal y que, como Paciente, debe verificar con el Programa que usted es su cuidador personal.



PASO 4: Una vez que el paciente lo haya verificado como su cuidador personal, el Programa procesará su formulario de registro. A continuación, se le notificará sobre el estado de su registro. Si proporcionó una dirección de correo electrónico, recibirá una notificación sobre el estado de su registro por correo electrónico. Las inscripciones se procesan en el orden en que se reciben.

Una vez completado el proceso de registro, recibirá por correo su tarjeta de identificación del programa.

Otra información importante sobre el registro

Usted y su Paciente deben mantener un registro activo en el Programa, y su Paciente debe mantener una certificación activa de su Proveedor, para que usted, como cuidador personal, tenga acceso a la marihuana medicinal según la ley de Massachusetts.

Tarjeta de identificación del programa

Debe llevar su tarjeta de identificación del programa en todo momento mientras esté en posesión de marihuana para uso médico.

Notifique al Programa dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a descubrir que su tarjeta de identificación del programa está perdida, fue robada o destruida llamando al 833-869-6820.

Hay un cargo de \$10 para reemplazar una tarjeta de identificación del programa.

Forma válida de identificación

Después de registrarse en el Programa, su forma de identificación válida registrada en el Programa debe permanecer activa y no caducada para poder acceder a un Centro de Tratamiento con Marihuana de Uso Medicinal (MTC) u obtener marihuana para uso médico de un MTC en nombre de un Paciente.

Cambio en la información de registro

Si hay algún cambio en la información que envió para registrarse (como un cambio en su nombre, correo electrónico, dirección o número de teléfono), debe notificar al Programa dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha de este cambio llamando al 833-869-6820.



Acceso a un MTC

Para acceder a un MTC u obtener marihuana para uso médico de un MTC, un cuidador personal debe:

- Presentar su tarjeta de identificación del programa y la forma válida de identificación que utilizó para registrarse en el Programa;
- Tener un registro activo en el Programa;
- Mantener en el expediente del Programa una forma de identificación que esté activa y vigente; y
- Estar vinculado a un Paciente con registro activo en el Programa y certificación activa de su Proveedor.

Preguntas

Si tiene preguntas sobre el proceso de registro, comuníquese con el Programa llamando al 833-869-6820 o envíe un correo electrónico a Commission@CCCMass.com.



FORMULARIO DE REGISTRO DE CUIDADOR PERSONAL (complete en letra de imprenta)

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL CUIDADOR PERSONAL (OBLIGATORIA)

El nombre y dirección que figuran en este formulario deben coincidir con el nombre y dirección que figuran en su forma válida de identificación o en su comprobante de residencia principal.

I. PIN (tal y como se lo ha proporcionado su paciente): _____

Nombre completo (Full name): _____
2. Apellido (Last): _____ 3. Nombre (First): _____ Inicial del segundo nombre (M.I.): _____

4. Últimos 4 dígitos del número de seguro social (Last 4 digits of SSN): _____

5. Fecha de nacimiento (Date of birth) mm/dd/aaaa _____

6. Número de teléfono (Phone number): _____

7. Dirección de correo electrónico (Email address): _____

8. Género (Gender):

MASCULINO ☐ FEMENINO ☐ OTRO _____
(Male) (Female) (Other)

9. Yo (cuidador) elijo que se comuniquen conmigo a través de: ☐ Correo de EE. UU. ☐ Correo electrónico (Email)
(U. S. Mail)
I (the caregiver) choose to be communicated with via:

10. Apellido de soltera de la madre (Mother's maiden last name): _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL DEL CUIDADOR (OBLIGATORIA)

11a. Dirección residencial del cuidador: _____
(Residential address of caregiver)

11b. Número de Apt. o suite: _____
(Apt. or suite number)

12. Ciudad (City): _____

13. Estado (State): _____ 14. Código postal (ZIP code): _____

DIRECCIÓN POSTAL DEL CUIDADOR (SI ES DISTINTA DE LA DIRECCIÓN DE RESIDENCIA)

15a. Dirección postal del cuidador: _____
(Mailing Address of Caregiver)

15b. Número de Apt. o suite: _____
(Apt. or suite number)

16. Ciudad (City): _____ 17. Estado (State): _____ 18. Código postal (ZIP code): _____

FORMA VÁLIDA DE IDENTIFICACIÓN (OBLIGATORIA)

Tenga en cuenta que, si selecciona pasaporte, tarjeta de residente permanente, o identificación militar deberá presentar otro documento que acredite su residencia principal.

19. Presento una copia de la siguiente forma de identificación válida (*I am submitting a copy of the following valid form of ID*):

Licencia de conducir
(Driver's License)

☐

Tarjeta de identificación
(ID Card)

☐

Pasaporte de EE.UU.
(U.S. Passport)

☐

Tarjeta de identificación
militar de EE. UU.
(U.S. Military ID)

☐

Tarjeta de residencia
permanente
(Permanent Res Card)

☐

20. Número en forma válida de identificación: _____
(*Number on valid form of ID*)

_____/_____/_____
21. Fecha de vencimiento de la forma válida de
identificación (mm/dd/aaaa)
(*Expiration date of valid form of ID*)

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DEL PACIENTE QUE CALIFICA (OBLIGATORIA)

Indique el nombre del paciente calificado al que asistirá con el uso médico de la marihuana y su relación con el paciente.

Nombre del paciente

(Patient name): _____

21. Apellido (Last): _____

22. Nombre (First): _____

23. Inicial del segundo nombre (M.I.): _____

24. Número de identificación del paciente: _____
(Patient Identification Number)

25. Relación del cuidador personal con _____
(Personal caregiver relation to)

Miembro de la familia inmediata
(Immediate family member)

☐

Otra

☐

SECCIÓN C: DECLARACIÓN JURADA DEL CUIDADOR PERSONAL (OBLIGATORIO)

Lea las declaraciones que figuran a continuación y marque la casilla para confirmar que las comprende y está de acuerdo con ellas.

He presentado toda la información requerida lo mejor que he podido y no he hecho ninguna declaración falsa.

- No participaré en el desvío de marihuana comprada para uso médico.
- Certifico que únicamente ayudaré al paciente que me ha designado como su cuidador en el Programa de Uso Medicinal de la Marihuana (Programa) que sea consistente con las recomendaciones de su proveedor de atención médica certificante.
- Entiendo que las protecciones conferidas por M. G. L. c. 94I: *Uso médico de la marihuana* y 935 CMR 501.000, para la posesión de marihuana para uso médico, se aplican únicamente dentro de Massachusetts. Entiendo que nada en la ley de Massachusetts o en las regulaciones de la Comisión de Control de Cannabis (CCC), 935 CMR 501.000, pretende otorgar

inmunidad bajo la ley federal o representa un obstáculo para la aplicación federal de la ley federal.

- Entiendo que soy responsable de notificar al Programa dentro de los cinco días hábiles [llamando al (833) 869-6820] después de cualquier cambio en la información que he enviado al Programa, si mi tarjeta de identificación del programa se ha perdido, ha

sido robada o destruida, o si mi paciente fallece.

- Entiendo que debo llevar mi tarjeta de identificación del programa en todo momento mientras esté en posesión de marihuana para uso médico.
- Entiendo que, si está disponible, una copia de mi fotografía en la base de datos del Registro de Vehículos Motorizados se transferirá a la base de datos del Sistema en Línea de Uso Medicinal de Marihuana para fines de mantenimiento de registros.
- Entiendo que la foto en la base de datos del Sistema en Línea de Uso Medicinal de Marihuana será colocada en mi tarjeta de identificación del programa para propósitos de identificación.
- No prestaré servicios como cuidador personal de más de cinco pacientes registrados que cumplan los requisitos a la vez.
 - Excepciones: Empleado(s) de un proveedor de cuidados paliativos, centro de enfermería, centro médico que brinda atención a un paciente admisible ingresado o residente en dicho centro, enfermero visitante, auxiliar sanitario a domicilio, asistente de cuidado personal o un familiar inmediato (cónyuge, padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, incluidos los suegros) de más de un paciente admisible registrado.
- No recibiré pago ni otra compensación por los servicios que brindo como cuidador personal, pero podré recibir un reembolso por los gastos razonables en los que haya incurrido al brindar mis servicios si mi paciente acepta reembolsar mis gastos. Entiendo que mi tiempo no se considera un gasto razonable.
- No haré lo siguiente:
 - Consumir, por cualquier medio, marihuana que haya sido dispensada o cultivada para mi paciente;
 - Vender, proporcionar o desviar de otro modo la marihuana que ha sido dispensada o cultivada para mi paciente;
 - Cultivar marihuana para mi propio uso, excepto según lo autorizado por M. G. L. c. 94G y M. G. L. c. 94I;
 - Cultivar marihuana para mi paciente a menos que mi paciente haya sido aprobado para un registro de cultivo por dificultades por la Comisión de Control de Cannabis (CCC), siempre que un cuidador mantenga separada la marihuana terminada para su uso individual y el uso del paciente;
 - Cultivar marihuana con el propósito de vender o proveer a cualquier persona que no sea mi paciente; o
 - Permitir que mi paciente, si es menor de 18 años de edad, poseer marihuana en cualquier momento cuando no esté en mi presencia.
- Entiendo que, al proporcionar una dirección de correo electrónico al Programa, el Programa utilizará la dirección de correo electrónico que he proporcionado para comunicarse conmigo. Estos correos electrónicos se utilizarán para enviarme información sobre el Programa y el sistema de registro en línea y pueden tratar sobre la marihuana o el uso médico de la marihuana. Ejemplos de esta información incluyen, pero no se limitan a, actualizaciones generales del programa, estado del registro o información requerida de mí por parte el Programa.
- Entiendo que el correo electrónico no es completamente seguro ni privado, y que personas no autorizadas pueden interceptar, leer y posiblemente modificar el correo electrónico que envío o recibo del Programa. El Programa recomienda que proteja mi cuenta de correo electrónico, mi contraseña y mi computadora contra el acceso de personas no autorizadas y que instale y mantenga un software de protección antivirus en mi computadora personal. También entiendo que, dado que las personas a las que envío correos electrónicos pueden copiarlos, imprimirlos y reenviarlos, debo tener cuidado a la hora de compartirlos.
- Entiendo que no tengo que comprometerme a facilitar una dirección de correo electrónico para comunicarme con el Programa. Si no deseo

recibir correos electrónicos del Programa, debo enviar un correo electrónico al Programa a Commission@CCCMass.com o llamar al (833) 869-6820. Si en algún momento decido que ya no quiero recibir correos electrónicos del Programa, debo enviar un correo electrónico al Programa a Commission@CCCMass.com o llamar al (833) 869-6820. Entiendo que si no deseo recibir correos electrónicos o cambio de opinión más adelante sobre la recepción de correos electrónicos, el Programa se comunicará conmigo a través del correo postal de EE. UU.

☐ **Al marcar la casilla, doy fe de que comprendo y acepto cada una de las declaraciones anteriores.**

Por la presente certifico que la información anterior es correcta y completa.

26. Firma del cuidador personal: _____
(Personal caregiver signature)

27.(mm/dd/aaaa):_____