

Programa de Uso Medicinal del Cannabis: Formulario de registro del paciente

Registrarse en línea en el Programa de Uso Medicinal del Cannabis (Programa) es la manera más rápida y conveniente de registrarse para poseer cannabis con fines médicos. Este formulario de registro en papel es para que lo utilicen los pacientes que no tienen acceso a internet y no pueden registrarse en línea.

Para registrarse como paciente en el Programa, primero debe obtener una certificación de un clínico/proveedor de atención médica registrado en el Programa de Uso Medicinal del Cannabis.

Después de que su clínico/proveedor de atención médica registrado en el Programa de Uso Medicinal del Cannabis le emita una certificación, complete y envíe por correo el formulario de registro adjunto junto 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:

- Su **PIN**, tal y como se lo ha dado su clínico/proveedor de atención médica registrado en el Programa de Uso Medicinal del Cannabis, y que le ha sido enviado por correo electrónico por el Programa, después de que usted haya sido certificado;
- Una copia de una forma válida de identificación (ID), como se explica a continuación; y
- Una fotografía suya, como se explica a continuación.

Forma válida de identificación

Las formas válidas de identificación incluyen:

- Licencia de conducir de Massachusetts;
- Tarjeta de identificación de Massachusetts (con una fotografía suya);
- Pasaporte de los EE. UU. y otro documento que demuestre su residencia en Massachusetts; o



- Documento de identificación militar de los EE. UU. y otro documento que demuestre su residencia en Massachusetts.

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

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

Presente uno de los siguientes documentos que demuestre su residencia principal:

- Factura de servicios públicos (gas, electricidad, teléfono, cable o combustible para calefacción), con menos de 60 días de antigüedad y que contenga su nombre y dirección;
- Su tarjeta de registro de vehículo de motor actual con su dirección actual;
- Factura de matrícula con una fecha de vencimiento inferior a seis (6) meses y dirigida a su dirección actual;
- Póliza de seguro de automóvil o factura con menos de 60 días de antigüedad;
- Contratos de hipoteca, arrendamiento o préstamo de vivienda con fecha de seis (6) meses a partir de hoy con su nombre, dirección y firma;
- Certificado de matrimonio estadounidense con fecha de los últimos seis (6) meses;
- Factura del impuesto sobre la propiedad o del impuesto especial del año en curso con su nombre y dirección;
- Correo de primera clase con fecha de menos de 60 días de cualquier agencia federal o estatal que muestre su nombre y dirección; o
- Licencia profesional actual emitida por el estado con su dirección.

Fotografía suya

Esta foto se colocará en su tarjeta de identificación del Programa.

Su foto debe ser de la siguiente manera:

- En color;
- Una foto cuadrada en formato vertical/de retrato;
- Tomada delante de un fondo blanco o blanquecino;
- Tomada en los últimos seis (6) meses para reflejar su apariencia actual;
- Que muestre solo 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 le cubra la cara o la cabeza, salvo con fines religiosos.

Una foto de pasaporte cumple estos requisitos y puede obtenerse en cualquier lugar que haga fotos de pasaporte, como una farmacia, la oficina de correos o una tienda de cámaras.

Presentación del formulario de registro

Envío por correo su:

- Formulario de registro completo;
- **Copia** de un documento de identificación válido (y **copia** de un documento que demuestre su residencia en Massachusetts, si corresponde); y
- Fotografía

A:

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

Después de presentar su formulario de registro, se le notificará con respecto al estado de su registro. Si se proporcionó una dirección de correo electrónico, recibirá una notificación en relación con el estado de su registro por correo electrónico. Después de finalizado el proceso de registro, recibirá su tarjeta de identificación del Programa por correo postal.

Selección de un cuidador personal

Para seleccionar a un cuidador personal, por favor, siga estos pasos:

- **PASO 1:** Completar la sección B del formulario de registro.
- **PASO 2:** Después de presentar el formulario de registro, el Programa le enviará por correo electrónico un **PIN** para que se lo dé a su cuidador personal para que este se registre.



- **PASO 3: Proporciónale el PIN a su cuidador personal** y dígale que se registre en el Programa. Su cuidador personal debe usar este PIN para registrarse.
- **PASO 4:** Después de que su cuidador personal haya presentado una solicitud de registro, llame al Programa al 833-869-6820 para verificar que esta persona pueda vincularse a usted como su cuidador personal. Después de que proporcione la verificación, el Programa procesará la solicitud de registro de su cuidador personal. Si se lo aprueba para el registro, su cuidador personal podrá ayudarlo con el uso medicinal del cannabis.

Otra información importante sobre el registro

Los pacientes deben mantener una certificación activa de su clínico/proveedor de atención médica registrado en el Programa de Uso Medicinal del Cannabis y un registro activo en el Programa para estar protegidos para el uso medicinal del cannabis en virtud de 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 cannabis para uso medicinal.

Las tarjetas de identificación del Programa se emiten anualmente. Usted está obligado a renovar su registro en el Programa cada año para permanecer activo.

Notifique al Programa **dentro de cinco (5) días hábiles** después de descubrir que su tarjeta de identificación del Programa se ha perdido, ha sido robada o destruida llamando al 833-869-6820.

El reemplazo de la tarjeta de identificación del Programa tiene un costo de \$10.



FORMA VÁLIDA DE IDENTIFICACIÓN (OBLIGATORIA)

Tenga en cuenta que, si se selecciona Pasaporte o Identificación militar, tendrá que presentar otro documento que demuestre su residencia principal.

19. Estoy presentando una copia de la siguiente forma válida de identificación:

Licencia de conducir Tarjeta de identificación Pasaporte de los EE. UU. Identificación militar de los EE. UU.

20. Número en la forma válida de
identificación

_____/_____/_____
21. Fecha de vencimiento de forma válida de
identificación (mm/dd/aaaa)

SECCIÓN B: DESIGNACIÓN DE CUIDADOR PERSONAL (OPCIONAL)

Si no tiene un cuidador personal, pase a la sección C.

Indique el nombre de su cuidador personal y su relación con usted.

22. Me gustaría designar a la(s) siguiente(s) persona(s) como cuidador(es) personal(es) del paciente, me gustaría que la Comisión de Control de Cannabis generara un PIN en mi nombre para permitir que el/los cuidador(es) personal(es) se registre(n), y entiendo que soy responsable de dar el PIN a mi(s) cuidador(es) personal(es) una vez que lo reciba:

CUIDADOR 1

Nombre completo: _____
a. Apellido

b. Nombre

c. Relación del cuidador
personal con el paciente:

Miembro directo de la familia

Otra

CUIDADOR 2

Nombre completo: _____
a. Apellido

b. Nombre

c. Relación del cuidador
personal con el paciente:

Miembro directo de la familia

Otra

SECCIÓN C: DECLARACIONES DEL PACIENTE (OBLIGATORIAS)

Lea las declaraciones a continuación y marque la casilla para certificar que entiende y está de acuerdo con las declaraciones.

- He presentado toda la información obligatoria de la mejor manera posible y no he hecho ninguna declaración falsa.
- Certifico que solo me dedicaré al uso medicinal del cannabis que sea consistente con las recomendaciones de mi médico certificador.
- No participaré en el desvío del cannabis comprado para uso medicinal.
- Entiendo que las protecciones conferidas por el Capítulo 369 de las Leyes de 2012, Ley para el Uso Medicinal Humanitario del Cannabis, para la posesión de cannabis para uso médico son aplicables solo dentro de Massachusetts.
- Entiendo que ninguna disposición de la ley de Massachusetts o de los reglamentos de la Comisión de Control de Cannabis, 935 CMR 501.000, pretende dar inmunidad en virtud de la ley federal, o plantea un obstáculo para la aplicación de la ley federal.
- Entiendo que debo llevar mi identificación del Programa en todo momento mientras esté en posesión de cannabis para uso medicinal.
- Entiendo que soy responsable de notificar al Programa de Uso Medicinal del Cannabis dentro de cinco días hábiles (llamando al 833-869-6820) después de cualquier cambio en la información que he presentado a la Comisión de Control de Cannabis, o después de descubrir que mi tarjeta de identificación del Programa se ha perdido, ha sido robada o destruida.
- Entiendo que, si está disponible, una copia de mi foto en la base de datos del Registro de Vehículos Motorizados será transferida al Sistema en Línea del Programa de Uso Medicinal del Cannabis para fines de registro.
- Entiendo que la foto en la base de datos del Sistema en Línea del Programa de Uso Medicinal del Cannabis se colocará en mi tarjeta de identificación del Programa para fines de identificación.
- Autorizo al Programa de Uso Medicinal del Cannabis a divulgar a los Centros de Tratamiento con Cannabis Medicinal, con el propósito de dispensar cannabis para uso médico, mi información de registro, incluido mi nombre; el plazo de mi certificación; el período de dispensación; la cantidad que un Centro de Tratamiento con Cannabis Medicinal está autorizado a dispensar a mí o a mi cuidador personal; si estoy autorizado a cultivar; la forma de identificación utilizada para el registro, su número (si corresponde) y su fecha de vencimiento; el nombre de mi proveedor médico certificador, su dirección comercial y número de teléfono; y mi historial de dispensación.
- Entiendo que al proporcionar una dirección de correo electrónico al Programa de Uso Medicinal del Cannabis (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 utilizarse para hablar sobre el cannabis o el uso medicinal del cannabis. Ejemplos de esta información incluyen, entre otros, actualizaciones generales del programa, el estado de la inscripción, o la información requerida de usted por el Programa.
- Entiendo que el correo electrónico no es totalmente seguro o privado, y que personas no autorizadas pueden interceptar, leer y posiblemente cambiar el correo electrónico que envío o recibo del Programa de Uso Medicinal del Cannabis (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 contra virus en mi computadora personal. También entiendo que como los correos electrónicos pueden ser copiados, impresos y reenviados por las personas a las que les envío correos electrónicos, debo tener cuidado con respecto a compartir los correos electrónicos.
- Entiendo que no tengo que aceptar proporcionar una dirección de correo electrónico para comunicarme con el Programa de Uso Medicinal del Cannabis (Programa). Si no quiero recibir correos electrónicos del Programa, debo enviar un correo electrónico al Programa a MedicalMarijuana@state.ma.us. Si decido, en cualquier momento, que no quiero recibir más correos electrónicos del Programa, debo enviar un correo electrónico al Programa a MedicalMarijuana@state.ma.us. Entiendo que, si no quiero recibir correos electrónicos o más tarde cambio mi opinión acerca de recibir correos electrónicos, el Programa se comunicará conmigo por correo de los EE. UU.

Al marcar la casilla, certifico que entiendo y estoy de acuerdo con cada una de las declaraciones de la sección C.

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

23. Firma del
paciente: _____

24. Fecha de
firma
(mm/dd/aaaa): _____ / _____ / _____