

# Programa de Uso Medicinal de la Marihuana: Formulario de registro de pacientes

## *(Medical Use of Marijuana Program: Patient Registration Form)*

Registrarse *en línea* con el Programa de Uso Medicinal de la Marihuana (Programa) es la forma más rápida y conveniente de registrarse para poseer marihuana con fines médicos. Este formulario de registro en papel es para aquellos que no tienen acceso a internet y no pueden registrarse en línea. El registro es gratuito.

**Para registrarse como Paciente calificado registrado (Paciente) en el Programa, primero debe obtener una certificación de un proveedor de atención médica certificado (Proveedor)..**

Después de que su Proveedor le emita un certificado, 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:

- Su **PIN**, tal como se lo proporcionó su Proveedor y se lo envió por correo electrónico el Programa, una vez que se le certificó;
- Una copia de una forma válida de identificación, tal y como se explica a continuación; y
- Una fotografía de usted, 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 EE.UU. y otro documento que acredite su residencia en Massachusetts; o
- Identificación militar de EE. UU. y otro documento que acredite su residencia en Massachusetts.
- Tarjeta de residente permanente

**Si presenta un pasaporte, una tarjeta de residente permanente o una identificación militar de EE. UU.:**

Si presenta un pasaporte o una identificación militar de EE.UU. como forma válida de identificación, también deberá presentar un documento que acredite su residencia principal (como se describe 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 de hipoteca, 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. con fecha dentro de 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 que muestre su nombre y dirección; o
- Licencia profesional vigente emitida por el Estado con su dirección.

### **Fotografía de usted mismo**

Si presenta un pasaporte, una tarjeta de residencia permanente 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.

## Envío del formulario de registro

Envíe su:

- Formulario de registro completo;
- **Copia** de una forma válida de identificación (y **copia** de un documento que acredite su

residencia en Massachusetts, si corresponde); y una fotografía

Para:

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

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

## Cómo seleccionar un cuidador personal

Para seleccionar un cuidador personal, siga estos pasos:

- **PASO 1:** Complete la Sección B del formulario de registro.
- **PASO 2:** Tras enviar su formulario de registro, el Programa le enviará por correo electrónico un **PIN** que deberá facilitar a su cuidador personal para que pueda registrarlo.
- **PASO 3: Proporcione el PIN a su cuidador personal** e indíquele que se registre en el Programa. Su cuidador personal debe utilizar este PIN para registrarse.
- **PASO 4:** Después de que su cuidador personal haya enviado una solicitud de registro, llame al Programa al 833-869-6820 para verificar que esta persona pueda estar vinculada a usted como su cuidador personal. Tras la verificación, el Programa tramitará la solicitud de registro de su cuidador personal. Si se aprueba su registro, su cuidador personal puede ayudarlo con el uso medicinal de la marihuana.

## Otra información importante sobre el registro

Los pacientes deben mantener una certificación activa de su Proveedor y un registro activo en el

Programa para poder acceder 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 medicinal.

Las tarjetas de identificación del programa se emiten anualmente. Es necesario renovar su registro en el Programa cada año para permanecer activo.

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.

## FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES (complete en letra imprenta)

### SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL PACIENTE (OBLIGATORIA)

*El nombre y la dirección en este formulario deben coincidir con el nombre y la dirección en su forma de identificación válida (ID) o documento que compruebe su residencia en Massachusetts.*

1. Número de PIN o registro: \_\_\_\_\_  
(PIN or registration number)

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

Nombre completo (Full name): \_\_\_\_\_  
3. Apellido (Last) \_\_\_\_\_ 4. Nombre (First) \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre (M.I.) \_\_\_\_\_

5. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 6. Teléfono (Phone): \_\_\_\_\_  
(Date of birth) -----



**FORMA VÁLIDA DE IDENTIFICACIÓN (OBLIGATORIO)**

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

19. Presento una copia de la siguiente forma de identificación válida:

- 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)

20. Número de identificación válida  
(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: DESIGNACIÓN DE CUIDADOR PERSONAL (OPCIONAL)**

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

Indique el nombre de su cuidador personal y la relación que tiene 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 del Cannabis genere un PIN en mi nombre para permitir que el/los cuidador(es) personal(es) se registren y entiendo que soy responsable de darle el PIN a mi(s) cuidador(es) personal(es) una vez que lo reciba:

**CUIDADOR 1**

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
(Full name) a. Apellido (Last) b. Nombre (First)

c. Relación del cuidador personal con el paciente: (Personal caregiver relation to patient)  
Miembro de su familia inmediata (Immediate family member)  Otra (Other)  \_\_\_\_\_

**CUIDADOR 2**

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
(Full name) d. Apellido (Last) e. Nombre (First)

f. Relación del cuidador personal con el paciente: (Personal caregiver relation to patient)  
Miembro de su familia inmediata (Immediate family member)  Otra (Other)  \_\_\_\_\_

## SECCIÓN C: DECLARACIÓN JURADA DEL PACIENTE (OBLIGATORIO)

Lea las declaraciones a continuación y marque la casilla para indicar que 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.
- Certifico que solo participaré en el uso médico de la marihuana que sea consistente con las recomendaciones de mi médico certificador.
- No participaré en el desvío de marihuana comprada para uso médico.
- 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, 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, debo llevar mi identificación del Programa de Uso Medicinal de la Marihuana (Programa) en todo momento mientras esté en posesión de marihuana para uso médico.
- Entiendo que, soy responsable de notificar al Programa de Uso Médico de Marihuana dentro de los cinco días hábiles (llamando al 833-869-6820) después de cualquier cambio en la información que he enviado 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, se transferirá una copia de mi fotografía en la base de datos del Registro de Vehículos Motorizados al Sistema en Línea del Programa de Uso Medicinal de la Marihuana para fines de mantenimiento de registros.
- Entiendo que, la foto en la base de datos del Sistema en Línea del Programa de Uso Médico de Marihuana será colocada en mi tarjeta de identificación del programa para propósitos de identificación.
- Autorizo al Programa de Uso Medicinal de la Marihuana a divulgar a los Centros de Tratamiento de Marihuana Medicinal, con el propósito de dispensar marihuana para uso médico, mi información de registro, incluyendo: mi nombre; el plazo de mi certificación; el período de dispensación; la cantidad que un Centro de Tratamiento de Marihuana 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 dispensaciones.
- Entiendo que, al proporcionar una dirección de correo electrónico al Programa de Uso Medicinal de la Marihuana, 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](mailto:Commission@CCCMass.com). 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](mailto:Commission@CCCMass.com). 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, certifico que entiendo y estoy de acuerdo con cada una de las declaraciones de la Sección C.

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

23. Firma del Paciente  
(Patient signature): \_\_\_\_\_

24. Fecha de la firma  
(mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Date signed)