



Departamento de Salud de Nuevo México
Programa de Marihuana Médica – Solicitud para el participante

Nombre completo: Fecha:

Número de la seguridad social: Fecha de nacimiento:

Dirección:

Número de teléfono:

Grupo étnico:

- hispano/latino, blanco, de raza negra/afroamericano, indio americano, asiático/isleño del pacífico, otra (especifique)

Sexo: hombre, mujer, transexual

Razón médica para la solicitud

- cáncer, glaucoma, esclerosis múltiple, epilepsia, cuidados de hospicio*, espasticidad intratable por lesiones en la médula espinal, VIH/SIDA, otra condición médica – especifique:

*En caso de cuidados paliativos de hospicio, por favor especifique la razón médica por la que los recibe:

Médico de atención primaria:

Dirección y teléfono:

Médico que certifica (si es diferente de su médico de atención primaria):

Dirección y teléfono:

¿Por cuánto tiempo ha estado usted al cuidado del médico que certifica?

Responsable de su cuidado primario (si corresponde): Teléfono:

NMDOH USE ONLY

Approved Not Approved
Date Date

Medical Cannabis Coordinator Signature:

Medical Director Signature: