



**Departamento de Salud de Nuevo México
Programa de Marihuana Médica – Autorización de los padres para un menor**

Yo, D./ Dña _____, de conformidad con la Ley Lynn y Erin de Uso Compasivo del 2007, por la presente DECLARO QUE:

1. Soy el padre, la madre o el tutor legal de:

Nombre del menor que es candidato al programa:

2. El proveedor médico del menor que es candidato al Programa de Marihuana Médica nos ha explicado al menor y a mí, como padre, madre o representante legal del menor mencionado, los posibles riesgos y beneficios del uso de la marihuana médica.
3. Autorizo a que el menor que es candidato al programa use la marihuana médica.
4. Estoy de acuerdo en ser la persona responsable del cuidado primario del menor que es candidato al programa; y
5. Estoy de acuerdo en controlar la adquisición, dosis y frecuencia de administración de la marihuana médica que el menor use.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Información de contacto del padre, la madre o el tutor legal

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____

Número de la seguridad social: _____ **Número de teléfono:** _____