

Programa de Marihuana para Uso Médico
SOLICITUD DE APELACIÓN DENEGACIÓN
(Por Favor, Escriba en Letra de Molde)

Instrucciones: Utilice este formulario para apelar la negación por parte del condado de su solicitud para obtener una Tarjeta de Identificación para uso médico del Programa de Marihuana. Este formulario deberá ser relleno por el solicitante o el representante legal especificado de acuerdo más adelante en la Sección 3. A partir de la fecha en que se le notifica de la denegación de su solicitud, tendrá un plazo de 30 días de calendario para enviar por correo este formulario relleno por completo y una copia de su solicitud negada a:

California Department of Public Health
 Public Health Policy and Research Branch
 Medical Marijuana Program - Appeals
 MS 5202
 P.O. Box 997410
 Sacramento, CA 95899-7377

Para obtener más información, por favor, comuníquese con el Programa de Marihuana para Uso Médico, al (916) 552-8600.

Nota: A fin de tramitar esta apelación, el Departamento de Salud Pública de California (*California Department of Public Health, CDPH, por sus siglas en inglés*) requiere que estén completas todas las secciones pertinentes de este formulario, incluyendo la declaración firmada. El no proveer la autorización en la Sección 5, así como toda la información requerida en este formulario, resultará en una negación de apelación.

SECCIÓN 1: INDIQUE MEDIANTE UNA MARCA EN LA CASILLA, SI ESTA APELACIÓN ES PARA USTED (EL/LA SOLICITANTE), PARA LA PERSONA PRINCIPAL ENCARGADA DE SU ATENCIÓN O PARA AMBOS

Tarjeta para el/la paciente (solicitante) Tarjeta para la persona principal encargada de la atención

SECCIÓN 2 COMPLETE A CONTINUACIÓN LA INFORMACIÓN PARA EL/LA SOLICITANTE

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Dirección postal (número, calle)			Número de teléfono ()
Ciudad	Estado	Código postal	Condado de residencia

SECCIÓN 3 COMPLETE ESTA SECCIÓN, SI EL/LA SOLICITANTE NO PUEDE HACER SU PROPIA DECISION MÉDICA.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			Número de teléfono ()
Dirección postal (número, calle)		Ciudad	Estado Código postal

Marque una de las siguientes casillas, para indicar la autoridad legal de la persona (representante legal) que firma esta solicitud en nombre del solicitante:

- Soy el/la conservador(a) del solicitante y tengo la autoridad para tomar decisiones médicas.
 Soy la persona apoderada, bajo un poder notarial duradero, para la atención médica.
 Soy la persona suplente que toma decisiones autorizadas bajo un documento de instrucciones anticipadas para la atención médica.
 Tengo autorización de acuerdo a la ley reglamentaria o de resolución para tomar decisiones médicas por el/la solicitante de la siguiente manera:
 Padre/Madre Guardián Otro (*por favor, especifique*): _____

SECCIÓN 4 COMPLETE ESTA SECCIÓN SI LA APELACIÓN ES PARA LA PERSONA PRINCIPAL ENCARGADA DE SU ATENCIÓN.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

