



**Distrito de Columbia**  
**Administración de Regulación y Licencias de Salud**  
Formulario de Solicitud para el Paciente

*Consulte las Instrucciones de la solicitud al llenar este formulario. Llene a máquina o con letra de molde, únicamente. No use marcador.*

<b>Nombre del paciente</b>	_____ Nombre <span style="float: right;">Inicial del segundo nombre</span> _____ Apellido(s) <span style="float: right;">Sufijo (es decir, hijo o júnior, padre, II, III)</span>
<b>Número de Seguro Social</b>	____ - ____ - ____ *Si el solicitante no tiene un número de Seguro Social, vea las <i>Instrucciones de la solicitud</i>
<b>Fecha de nacimiento</b>	____ / ____ / ____ *Si el paciente es menor de 18 años, por favor use la solicitud del paciente para menores Mes <span style="margin-left: 20px;">Día</span> <span style="margin-left: 20px;">Año</span>
<b>Dirección postal</b>  Es su responsabilidad notificar al departamento de cualquier cambio de dirección.	_____ Calle y número (un apartado postal NO es aceptable) <span style="float: right;">Apt./Suite</span> _____ Ciudad <span style="margin-left: 100px;">Estado</span> <span style="margin-left: 20px;">Código postal</span> (____) _____ Número de teléfono <span style="margin-left: 100px;">Dirección de correo electrónico</span>
<b>Nombre y dirección del consultorio del médico</b>	_____ Nombre <span style="float: right;">Inicial del segundo nombre</span> _____ Apellido(s) <span style="float: right;">Sufijo (es decir, hijo o júnior, padre, II, III)</span> _____ Calle y número <span style="float: right;">Apt./Suite</span> _____ Ciudad <span style="margin-left: 100px;">Estado</span> <span style="margin-left: 20px;">Código postal</span> (____) _____ Número de teléfono <span style="margin-left: 100px;">Dirección de correo electrónico</span>

<p><b>Dispensario</b> (seleccione uno)</p>	<p><input type="radio"/> Capital City.....1334 N. Capitol Street NW, Washington, DC 20002</p> <p><input type="radio"/> Metropolitan Wellness....409 8<sup>th</sup> Street SE, Washington, DC 20003</p> <p><input type="radio"/> Takoma Wellness.....6925 Blair Road NW, Washington, DC 20012</p>
<p><i>Opcional</i></p> <p><b>Nombre del encargado del cuidado y dirección</b></p> <p>Importante: los encargados de la atención debe ser mayores de 18 años de edad</p>	<p>_____ Nombre <span style="float: right;">Inicial del segundo nombre</span></p> <hr/> <p>_____ Apellido(s) <span style="float: right;">Sufijo (es decir, hijo o júnior, padre, II, III)</span></p> <hr/> <p>_____ Calle y número <span style="float: right;">Apt./Suite</span></p> <hr/> <p>_____ Ciudad <span style="margin-left: 100px;">Estado</span> <span style="margin-left: 50px;">Código postal</span> <span style="margin-left: 50px;">(_____) _____</span> Número de teléfono</p> <hr/> <p>_____ Fecha de nacimiento <span style="margin-left: 150px;">Dirección de correo electrónico</span></p>
<p><b>Constancia del paciente</b> <b>Firma y fecha</b></p>	<p><b>Limitación de responsabilidades:</b> El Distrito de Columbia no será responsable ante el inscrito, sus empleados, representantes, invitados de la empresa, concesionarios autorizados, usuarios, clientes, familiares o visitantes por ningún daño, lesión, accidente, pérdida, compensación o reclamación que se fundamente, derive o sea consecuencia de la participación del inscrito en el Programa de Marihuana Terapéutica del Distrito de Columbia, incluyendo, pero sin limitarse a lo siguiente: arresto e incautación de personas o pertenencias, encausamiento por parte de fiscales federales en apego a las leyes federales, interrupción de la facultad del inscrito para administrar su centro de cultivo y/o dispensario de marihuana terapéutica; cualquier incendio, robo, desaparición inexplicable o cualquier otra pérdida; los actos de cualquier otro inscrito o persona dentro del centro de cultivo y/o dispensario. La vigencia de esta cláusula de Limitación de responsabilidades continuará luego del vencimiento o la terminación anticipada de esta inscripción, en caso de concederse.</p> <p><b>Encausamiento federal:</b> El Congreso de los Estados Unidos ha determinado que la marihuana es una sustancia controlada y la ha incluido en el Anexo I de la Ley de Sustancias Controladas. Cultivar, distribuir o estar en posesión de marihuana en cualquier capacidad que no sea como parte de un programa de investigación autorizado por el Gobierno federal vulnera la legislación federal. Las leyes del Distrito de Columbia que autorizan el Programa de Marihuana Terapéutica de la ciudad no justificarán ninguna contravención a las leyes federales que rigen sobre la marihuana ni autorizará a inscrito alguno para que vulnere dichas leyes.</p> <p>Por la presente, doy constancia de que toda la información proporcionada en esta solicitud es veraz y correcta a mi leal saber y entender. Acuso recibo y deliberación de los avisos anteriores, y acuerdo y acepto la limitación de responsabilidades contra el Distrito de Columbia. Asumo todo y cualquier riesgo o responsabilidad, conforme a las leyes federales o del Distrito de Columbia, que pueda derivarse de la posesión, el uso, o el cultivo, administración o expendio de marihuana terapéutica. Entiendo que las leyes del Distrito de Columbia y del Gobierno federal que atañen a la marihuana terapéutica, así como su puesta en ejecución, están sujetas a cambiar en cualquier momento. Firmo esta constancia de manera voluntaria y sin reserva alguna, y estoy plenamente consciente de su significado y efecto.</p> <p>_____ Firma del paciente <span style="margin-left: 250px;">_____ Fecha</span></p>

# Recuerde incluir:

- ✓ Dos fotografías recientes tamaño pasaporte (2.54 cm x 2.54 cm / 2 pulgadas x 2 pulgadas)
- ✓ Fotocopia de una identificación con fotografía expedida por el gobierno federal, estatal o del Distrito de Columbia
- ✓ La “copia rosa” del formulario de recomendación del médico
- ✓ Pago de la solicitud (con cheque certificado, giro postal o *money order*, o cheque de caja pagaderos a nombre de DC Treasurer)
- ✓ Dos comprobantes de residencia del Distrito de Columbia (vea la lista de comprobantes aceptables en las *Instrucciones de la solicitud*)

Para obtener más información, por favor vea las *Instrucciones de la solicitud*, en la sección **Pacientes** del portal electrónico del Programa de Marihuana Terapéutica: <http://doh.dc.gov/mmp>

## IMPORTANTE:

**\*\*Por favor espere 3 días hábiles antes de comunicarse con el Departamento de Salud para preguntar por el progreso de su solicitud \*\***

---

899 North Capitol Street, NE 2<sup>nd</sup> Floor, Washington, DC 20002 Correo electrónico: [doh.mmp@dc.gov](mailto:doh.mmp@dc.gov) Portal electrónico: <http://doh.dc.gov/mmp>  
Actualizado en 10/2013