



Departamento de Salud de Nuevo México
Programa de Marihuana Médica – Solicitud para el responsable del cuidado primario

Nombre completo del solicitante: Fecha:

Dirección y número de teléfono:

Número de la seguridad social: Fecha de nacimiento:

Nivel de estudios académicos:

- Escuela Secundaria (sin terminar)
Diploma de la Escuela Secundaria/GED
Escuela Superior Vocacional o de Oficios
Algunos estudios en la universidad
Título de Diplomado o Licenciado (Bachelor)
Título de Maestría (Graduate)
Doctorado (Ph.D) o Doctor en Medicina (MD)

Para ser designado como responsable del cuidado primario es necesario comprobar sus antecedentes penales federales y estatales.

¿Se le ha condenado alguna vez por un delito grave? Sí No

En caso afirmativo, por favor escriba una descripción detallada y resolución de la sentencia:

Por favor escriba el nombre del participante o de los participantes para los que usted será el responsable designado para su cuidado primario (un responsable del cuidado primario puede ser designado para un máximo de cuatro (4) participantes del Programa de Marihuana Médica).

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento del paciente:

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento del paciente:

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento del paciente:

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento del paciente:

NMDOH USE ONLY

Approved Not Approved
Date Date

Medical Cannabis Coordinator Signature and Date:

Medical Director Signature and Date: