



OPCIONES DE PA PARA EL BIENESTAR, INC. / Opciones de VYTAL



NOMBRE DEL PACIENTE _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento del paciente ____/____/____

PA Departamento de CUIDADORes de Salud (si corresponde) _____

Fecha de nacimiento del cuidador ____/____/____

¿Es usted (el paciente) un veterano militar? (Formulario DD214, logotipo de la bandera de la licencia de conducir o identificación militar): Sí No

¿Tiene usted (el paciente) 65 años o más? Sí No

¿Es usted (el paciente) un socorrista? (Bomberos, EMT, Policía) Sí No

¿Podemos ponernos en contacto con usted (el paciente) por teléfono / texto / correo electrónico? Sí No

Teléfono del paciente: _____ Patient dirección de correo electrónico: _____

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Clerosisateral Lamiotrófica | <input type="radio"/> Epilepsia | <input type="radio"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="radio"/> Trastornos de ansiedad | <input type="radio"/> Glaucoma | <input type="radio"/> Trastorno de estrés postraumático |
| <input type="radio"/> Autismo | <input type="radio"/> VIH / SIDA | <input type="radio"/> Dolor crónico o intratable severo de origen neuropático o dolor crónico o intratable severo |
| <input type="radio"/> Cáncer, incluyendo terapia de remisión | <input type="radio"/> Enfermedad de Huntington | <input type="radio"/> Anemia de células falciformes |
| <input type="radio"/> Enfermedad de Crohn | <input type="radio"/> Isease inflamatorio de Bowel D | <input type="radio"/> Enfermedad terminal |
| <input type="radio"/> Daño al sistema nervioso central (médula espinal cerebro) con espasticidad o neuropatías asociadas | <input type="radio"/> Convulsiones intratables | <input type="radio"/> Síndrome de Tourette |
| <input type="radio"/> Trastornos del movimiento discinesénicos y espásticos | <input type="radio"/> Clerosis Smúltiple | |
| | <input type="radio"/> Enfermedades neurodegenerativas | |
| | <input type="radio"/> Neuropatías | |
| | <input type="radio"/> Trastorno por uso de opioides | |

MEDICAL – Su(s) condición(es) médica(s) calificada(s):

Enumere todas las demás condiciones de salud:

CANNABIS

¿Has consumido cannabis anteriormente? Usuario actual Usado Nunca usado

Frecuencia del consumo de cannabis: _____

¿Has visitado previamente otro dispensario? Sí No

¿Desea una consulta con nuestro farmacéutico? Sí No

MEDICACIÓN

Medicamentos actuales (suplementos recetados/de venta libre/herbales):

1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

Alergias (medicamentos/alimentos/otros):

INVESTIGACIÓN

¿Te gustaría que te contactaran para participar en futuras investigaciones y estudios sobre cannabis medicinal?

Sí No

¿CÓMO OYÓ HABLAR DE NOSOTROS? (círculo uno)

Cartelera

Redes sociales

Evento

Amigo/Familiar

Otros: _____

RECONOCIMIENTO

Por favor, firme la parte inferior de esta página con su comprensión, reconocimiento y confirmación de lo siguiente a continuación:

1. Solo los pacientes y cuidadores de Pennsylvania pueden comprar marihuana medicinal en un dispensario de PA con licencia con una certificación válida de un médico con licencia dentro del programa act 16.
2. El cannabis no está regulado por la Administración de Alimentos y Medicamentos y está clasificado como una sustancia controlada de la Lista I con la Agencia antidrogas de los Estados Unidos.
3. Es ilegal que cualquier paciente/cuidador venda, comparta, desvíe sus productos a cualquier otra persona, incluidos los menores de 18 años.
4. La marihuana medicinal debe permanecer en la mancomunidad de Pennsylvania y no puede cruzar las líneas estatales.
5. La marihuana medicinal contiene ingredientes psicoactivos que pueden afectar la coordinación, las habilidades motoras, la cognición. No debe utilizarse antes o durante el funcionamiento de un vehículo o maquinaria pesada.
6. Los efectos secundarios han sido discutidos por el médico certificador y / o el profesional médico (farmacéuticos) en el lugar en el dispensario.
7. Es ilegal fumar/queme cualquier producto medicado dentro del programa de la Ley 16.
8. Debe mantener los productos en los recipientes originales en los que se dispensaron los productos.
9. Los productos deben salir del dispensario sellado e intacto.

Firma del paciente o cuidador _____

Fecha _____

Actualizado