

## Formulario de autorización de acceso a sus datos sobre el cannabis medicinal

Este formulario es para que los portadores de la tarjeta de cannabis medicinal de Utah soliciten al Centro de Cannabis Medicinal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah (DHHS) la entrega de información sobre la tarjeta de cannabis medicinal del portador y su historial de compras a terceros.

**Instrucciones:** Este formulario debe ser completado y firmado por el portador de la tarjeta de cannabis medicinal (paciente, cuidador o tutor) y enviado al Centro de Cannabis Medicinal del DHHS por correo electrónico con una copia de la identificación con foto emitida por el gobierno estatal o federal del portador de la tarjeta.

### Sección 1: Información del portador de la tarjeta de cannabis medicinal

Tipo de portador de la tarjeta:		<input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> cuidador	
Nombre del portador de la tarjeta:			
Identificación de registro en el EVS:			
Teléfono:		Correo electrónico:	

Incluya el historial de compra de cannabis medicinal.

### Sección 2: Información de terceros

Nombre:			
Teléfono:		Correo electrónico:	

### Sección 3: Declaración jurada

Certifico que soy portador de una tarjeta de cannabis medicinal de Utah y autorizo al Centro de Cannabis Medicinal del DHHS a enviar la verificación de mi historial de cannabis medicinal a la persona mencionada en la sección 2. Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta.

Firma del portador de la tarjeta:		Fecha:	
Nombre impreso del portador de la tarjeta:			

Envíe por correo electrónico el formulario completo y una copia del documento de identidad con fotografía emitido por el gobierno del portador de la tarjeta a [cannabiscompliance@utah.gov](mailto:cannabiscompliance@utah.gov). Se enviará por correo electrónico una carta de verificación a la persona indicada en la sección 2 en un plazo de 5 días laborables.