

Formulario de proveedor médico: Solicitud de información de cannabis medicinal para pacientes

Este formulario es para que los proveedores médicos con licencia de Utah soliciten información sobre la tarjeta de cannabis medicinal y el historial de compras de un paciente al Centro de Cannabis Medicinal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah (DHHS).

Instrucciones: Este formulario debe ser firmado por el proveedor médico y enviado al Centro de Cannabis Medicinal del DHHS por correo electrónico con una copia de la identificación con fotografía emitida por el gobierno estatal o federal del proveedor.

Sección 1: Información del paciente

Nombre del paciente:			
PAT-ID de Cannabis medicinal (si está disponible):			
Fecha de nacimiento del paciente:			

Incluir el historial de compra de cannabis medicinal.

Sección 2: Información del proveedor médico

Nombre:			
Número de licencia DOPL de Utah:			
Teléfono:		Correo electrónico:	

Sección 3: Declaración jurada

Certifico que el paciente nombrado en la sección 1 es mi paciente actual y autorizo al Centro de Cannabis Medicinal del DHHS a enviar la verificación del historial de cannabis de mi paciente al correo electrónico que aparece en la sección 2. Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta.

Firma del proveedor médico:			Fecha:	
Nombre impreso del proveedor médico:				

Envíe por correo electrónico el formulario completado y una copia de la identificación con fotografía del proveedor médico emitida por el gobierno a cannabiscompliance@utah.gov. Una carta de verificación será enviada por correo electrónico a la persona indicada en la sección 2 dentro de 5 días hábiles.