



Cuidador Autorización

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Según California Código de Salud y Seguridad §11362.5, por la presente certifico que soy un paciente que sufre una enfermedad grave y han obtenido una recomendación o aprobación de un médico con licencia en el estado de California para usar cannabis medicinal (marihuana) en el tratamiento de mi enfermedad. Una copia de mi recomendación puede ser adjunta. Por la presente designo a la persona se describe a continuación como mi "Cuidador Primario", de acuerdo con California Código de Salud y Seguridad §11362.5 (d) y §11362.5 (e), que dice lo siguiente:

"(D) Sección 11357, relativa a la posesión de marihuana, y la Sección 11358, relacionada con el cultivo de la marihuana, no se aplicará a un paciente, o con el médico de cabecera del paciente, que poseen o cultiva marihuana para fines médicos personales de el paciente por recomendación o aprobación de un médico por escrito u oral. (e) A los efectos de esta Sección, "cuidador principal": la persona designada por la persona exenta bajo esta ley que ha asumido constantemente la responsabilidad de la vivienda, la salud o la seguridad de esa persona ".

Estoy de acuerdo que voy a confiar constantemente en el individuo se describe a continuación como la principal fuente de cannabis medicinal como una cuestión de mi salud y la seguridad personal. Esta designación se mantendrá en vigor (1) por un año desde la fecha de abajo, (2) hasta que yo revoque esta designación, o (3) hasta que designar a otra persona como mi "cuidador principal".

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente (escriba claramente)

\_\_\_\_\_  
Nombre Cuidador principal (escriba claramente)

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Cuidador principal Firma

\_\_\_\_\_  
Primaria Dirección Cuidador

\_\_\_\_\_  
Cuidador principal Ciudad Estado Código Postal

\_\_\_\_\_  
Cuidador principal CA DL o ID No

\_\_\_\_\_  
Cuidador principal Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_