

Programa de Marihuana para Uso Médico
SOLICITUD DE APELACIÓN DE DENEGACIÓN
(Por Favor, Escriba en Letra de Molde)

Instrucciones: Utilice esta forma, para apelar la denegación de su condado de su solicitud de una Tarjeta de Identificación para el Programa de Marihuana para Uso Médico. Usted (el/la solicitante) o el/la representante legal especificado(a) más adelante en la Sección 3, tiene que completar esta forma. En un plazo de 30 días de calendario, a partir de la fecha en que se le notificó de la denegación de su solicitud, envíe por correo esta forma completada y una copia de su solicitud denegada a:

California Department of Public Health
 Office of County Health Services
 Appeals Desk, Medical Marijuana Program
 MS 5203
 P.O. Box 997377
 Sacramento, CA 95899-7377

Para obtener más información, por favor, comuníquese con el Programa de Marihuana para Uso Médico, al (916) 552-8600.

Nota: A fin de tramitar esta apelación, el Departamento de Salud Pública de California (*California Department of Public Health, CDPH, por sus siglas en inglés*) requiere que estén completas todas las secciones pertinentes de este formulario, incluyendo la declaración firmada. El no proveer la autorización en la Sección 5, así como toda la información requerida en este formulario, resultará en una denegación de la apelación.

SECCIÓN 1: INDIQUE, MEDIANTE UNA MARCA EN LA CASILLA A CONTINUACIÓN, SI ESTA APELACIÓN ES PARA USTED (EL/LA SOLICITANTE), PARA LA PERSONA PRINCIPAL ENCARGADA DE SU ATENCIÓN O PARA AMBOS

Tarjeta para el/la paciente (solicitante) Tarjeta para la persona principal encargada de la atención

SECCIÓN 2 COMPLETE A CONTINUACIÓN LA INFORMACIÓN PARA EL/LA SOLICITANTE

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

| | | | |
|----------------------------------|--------|---------------|-------------------------------|
| Dirección postal (número, calle) | | | Número de teléfono () |
| Ciudad | Estado | Código postal | Condado de residencia |

SECCIÓN 3 COMPLETE ESTA SECCIÓN, SI EL/LA SOLICITANTE ES INCAPAZ DE TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES MÉDICAS.

| | | | |
|---|--|--------|-------------------------------|
| Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | Número de teléfono () |
| Dirección postal (número, calle) | | Ciudad | Estado Código postal |

Marque una de las siguientes, para indicar la autoridad legal de la persona (representante legal) que firma esta solicitud, a nombre del/de la solicitante:

- Soy el/la conservador(a) del/de la solicitante, y tengo la autoridad para tomar decisiones médicas.
 Soy la persona apoderada, bajo un poder notarial duradero, para la atención médica.
 Soy la persona suplente que toma decisiones, autorizada bajo un documento de instrucciones anticipadas para la atención médica.
 Tengo autorización, de acuerdo a la ley reglamentaria o de resolución, para tomar decisiones médicas por el/la solicitante, de la siguiente manera:

Padre/Madre Guardián Otro (*por favor, especifique*): _____

SECCIÓN 4 COMPLETE ESTA SECCIÓN SI LA APELACIÓN ES PARA LA PERSONA PRINCIPAL ENCARGADA DE SU ATENCIÓN.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

