

Milan L. Hopkins M.D.,
A Medical Corporation

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

[favor de colocar sus iniciales en cada uno de los puntos]

Entiendo que:

(Iniciales:)

_____ El médico de cabecera, el personal y/o los representantes del Dr. Milan L. Hopkins, no me están ofreciendo, dispensando ni recomendando que obtenga la marihuana medicinal.

_____ El médico de cabecera, el personal y/o representantes del Dr. Milán L. Hopkins, NO me proporcionarán información, ni hablarán sobre el dispensario, la cooperativa, servicios de entrega o cualquier otra manera de obtener la marihuana.

_____ El médico, personal y representantes del Dr. Milan L Hopkins se ocupan de los aspectos específicos de mi atención médica y, a menos que se indique de lo contrario, no se establecen de ninguna manera como mi médico de atención primaria o proveedor de servicios médicos.

_____ En caso de que se apruebe mi uso medicinal del cannabis o cáñamo, existe una fecha de renovación especificada por mi médico. Es mi responsabilidad ver al médico para evaluar la posible continuación de uso del cannabis más allá de la fecha de aprobación.

_____ Confieso no ser un agente de la policía, del gobierno estatal o federal, y no estoy aquí para fines de investigación o atrapamiento.

_____ Admito no estar grabando ninguna porción de mi visita del Dr. Milan L. Hospkins, ni tengo en mi posesión equipo alguno de grabación. Entiendo que del Dr. Milan L. Hopkins no aprueba este tipo de actividad.

_____ Acepto que yo soy el/la que decida convertirme en paciente del Dr. Milan L. Hospkins. Si decido no ser su paciente, o si del Dr. Milan L. Hopkins elije no darme una recomendación para usar la marihuana después de mi evaluación, me cobrarán \$80.00 por visita al consultorio. Si llego a pagar este cargo y elijo ser paciente del Dr. Milan L. Hopkins, no se me reembolsará este dinero.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Milan L. Hopkins M.D.,
A Medical Corporation
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estoy siendo evaluado con el objeto de recibir una recomendación del médico para el uso medicinal de la marihuana. El médico hará esta recomendación basándose, en parte, en la información médica que yo he proporcionado. No he falsificado mi condición médica con el objeto de obtener esta recomendación y tengo la intención de usar la marihuana únicamente cuando la necesite para el tratamiento de mi condición médica, y no para fines recreativos no médicos. Entiendo que es mi responsabilidad ser informado sobre las leyes estatales y federales respecto a la posesión, uso, venta/compra y/o distribución de la marihuana. He sido informado y entiendo lo siguiente: *[favor de poner sus iniciales en cada uno de los puntos]*

1. _____ El gobierno federal ha clasificado a la marihuana como una sustancia controlada en el Lista I. Las sustancias en la Lista I han sido definidas, en parte, de tener (1) una alta posibilidad de abuso, (2) no están actualmente médicamente aceptadas para ser usadas como tratamiento en los Estados Unidos; y (3) falta de seguridad aceptada para su uso bajo supervisión médica. Las leyes federales prohíben la fabricación, distribución y posesión de la marihuana, incluso en los estados, como en California, donde han modificado sus leyes estatales para usar la marihuana como tratamiento médico.

2. _____ La marihuana no ha sido aprobada por la Agencia Food and Drug Administración, para su comercialización como un medicamento. Por tanto, la “fabricación” de la marihuana para uso médico no está sujeto a ninguna norma, control de calidad o supervisión. La marihuana puede contener cantidades desconocidas de los ingredientes activos (es decir, pueden variar en potencia), impurezas, contaminantes, y otras sustancias además del THC (tetrahidrocanabinol), que es el principal componente químico psicoactivo de la marihuana.

3. _____ El uso de la marihuana puede afectar la coordinación, la habilidad motora y la cognición, es decir la capacidad de pensar, juzgar y razonar. Mientras usa la marihuana, no deberá conducir, operar maquinaria pesada o participar en cualquier actividad que exija estar alerta y/o responder con rapidez. Entiendo que si manejo bajo la influencia de la marihuana, puedo ser detenido por “conducir bajo la influencia”.

4. _____ Los posibles efectos secundarios del uso de la marihuana incluyen, pero no se limitan a los siguientes: mareo, ansiedad, confusión, sedación, hipotensión arterial, alteración de la memoria a corto plazo, euforia, dificultad en la realización de tareas complejas, supresión del sistema inmune del organismo, incapacidad para concentrarse, deterioro en las habilidades motoras, paranoia, síntomas sicóticos, apatía general, depresión y/o inquietud. La marihuana puede agravar la esquizofrenia en personas predispuestas a dicha enfermedad. Además, el uso de la marihuana puede causarme a hablar y comer en exceso, altera mi percepción del tiempo y espacio y pone en peligro mi juicio. Muchas autoridades médicas afirman que el uso del cannabis, especialmente por

personas menores de 25 años de edad, puede causar problemas a largo plazo con la atención, memoria, aprendizaje, tendencia al abuso de drogas y esquizofrenia. El Dr. Hopkins recomienda el uso de cannabis únicamente para aliviar síntomas graves, y no para uso habitual.

5. _____ Entiendo que el uso de la marihuana bajo la influencia de alcohol no es recomendable. Otros efectos secundarios se podrían presentar cuando se usa ambos, el alcohol y la marihuana. El cannabis debería ser tratado como si fuese un envase abierto de alcohol. No debe estar al alcance en el coche, y tampoco debe apagarse en el cenicero de los vehículos.

6. _____ Estoy de acuerdo de ponerme en contacto con del Dr. Milan L. Hopkins, si experimento cualquiera de los efectos secundarios mencionados anteriormente, o si me siento deprimido o sicótico, tengo pensamientos suicidas, o me vienen ataques de llanto. También me pondré en contacto con del Dr. Milan L. Hopkins si siento problemas respiratorios, cambios en mi patrón de sueño normal, fatiga externa, aumento de irritabilidad, o comienzo a alejarme de mi familia y/o de mis amigos.

7. _____ El fumar marihuana puede causar problemas y daños respiratorios, incluyendo bronquitis, enfisema y laringitis. Según la opinión de muchos investigadores, el humo de la marihuana contiene carcinógenos conocidos (químicos que pueden causar cáncer) y el fumar la marihuana puede aumentar el riesgo de enfermedades respiratorias y cánceres en el pulmón, boca y lengua. Además, el humo de la marihuana contiene químicos dañinos conocidos como alquitrán o brea. Si comienzo a tener problemas respiratorios cuando estoy usando la marihuana, dejaré de usarla y lo informaré a mi médico.

8. _____ No se entiende completamente los riesgos, beneficios y las interacciones de la marihuana con otras drogas. Si estoy tomando medicamentos o recibiendo tratamiento debido a alguna condición médica, entiendo que debo consultar con mi médico de cabecera antes de usar la marihuana y que no debo interrumpir ningún medicamento o tratamiento prescrito anteriormente, a menos que lo recomiende el médico o médicos tratantes.

9. _____ Las personas pueden desarrollar una tolerancia a, y/o dependencia a la marihuana. Entiendo que si yo necesito dosis cada vez más altas para lograr el mismo beneficio o si pienso que puedo desarrollar una dependencia a la marihuana, debería ponerme en contacto con el Dr. Milan L. Hopkins.

10. _____ Signos de abstinencia pueden incluir: Sentimientos de depresión, tristeza, irritabilidad, insomnio, inquietud, agitación, pérdida de apetito, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño y cansancio inusual.

11. _____ Los síntomas de una sobredosis de marihuana incluyen, pero no se limitan a la, náusea, vómitos, tos seca, alteraciones en el ritmo cardíaco, entumecimiento de las manos, pies, brazos o piernas, ataques de ansiedad e incapacidad. Si experimento estos síntomas, estoy de acuerdo en ponerme en contacto con el Dr. Milan L. Hopkins, de inmediato o ir a la sala de emergencias más cercana.

12. _____ Si el Dr. Milan L. Hopkins se entera posteriormente de que la información que le he dado es falsa o engañosa, la recomendación para usar la marihuana podría dejar de ser válida. Me comprometo a reunirme sin tardar con el Dr. Milan L. Hopkins y/o proporcionarle información adicional en caso de existir declaraciones erróneas en la información que había proporcionado.

13. _____ He tenido la oportunidad de discutir estos asuntos con el médico y hacer preguntas sobre cualquier cosa que no entienda o que creo que era necesario aclarar. Reconozco que el Dr. Milan L. Hopkins me ha informado de la naturaleza de un tratamiento recomendado, incluyendo, pero sin limitarse a, cualquier recomendación sobre la marihuana medicinal. El Dr. Milan L. Hopkins también me ha informado sobre los riesgos, complicaciones y beneficios esperados de cualquier tratamiento recomendado, incluyendo la probabilidad del éxito y fracaso. Reconozco que el Dr. Milan L. Hopkins me ha informado sobre las alternativas al tratamiento recomendado, incluyendo la alternativa de no recibir tratamiento, y los riesgos y beneficios.

14. _____ Las especificaciones sobre la cantidad se encuentran en las recomendaciones. JARDINES Y COPIAS EN RELIEVE. Los jardines deberían tener una recomendación en relieve publicada de tal manera que llame la atención en todas las entradas. Podría ser favorable colocar señales con una cruz roja alrededor del jardín, indicando que las plantas son para uso medicinal. Se pueden hacer copias en relieve a 25 centavos por copia.

15. _____ Cuando se encuentra bajo la influencia y/o en posesión de cannabis en público, debe llevar con usted en todo momento una copia de su recomendación.

16. _____ Para mantenerse bajo cumplimiento de los reglamentos de la Junta de Médicos del Estado de California, es necesario que usted vuelva a su médico que le recomendó, para que se revise su condición médica y se actualice su recomendación cada seis meses. **Si está atrasado con su visita, se le cobrará una tarifa adicional.** Una recomendación pasada de fecha puede poner la licencia médica del médico en peligro con la Junta Médica, y el paciente corre el riesgo de ser multado o arrestado. Si este tipo de incidencia llegara a ocurrir, se le cobrará un cargo adicional de \$500.00 por cualquier servicio prestado por el Dr. Milan L. Hopkins. Se pueden dar prórrogas por emergencias personales o circunstancias especiales.

17. _____ **¡RECUERDE de traer consigo su recomendación original más reciente en cada visita!** Si su recomendación original se ha perdido o no la trae, habrá un cargo de \$25.00 por reemplazarlo. **No lamine su original hasta haber acabado con su sexta (6^{ta}) visita.**

18. _____ **Los pacientes que hayan proporcionado información fraudulenta o falsa serán dados de alta.**

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Milan L. Hopkins M.D.,
A Medical Corporation

Autorización para la Divulgación de Información

Ponga sus iniciales junto a cada uno de los puntos en el que usted esté de acuerdo:

Iniciales

_____ Por la presente doy mi autorización al Dr. Milan L. Hopkins para que divulgue y verifique mi expediente médico como paciente de un dispensario de marihuana o cooperativa, con el propósito de obtener marihuana para fines medicinales. Entiendo que esta autorización es válida por el período de tiempo durante el cuál el Dr. Milan L. Hopkins ha emitido la recomendación del uso de la marihuana. Esta autorización de divulgación se aplica a cualquier información regida ya sea por el Decreto Ley de Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), 42 USC 1320d y 45 CFR 160-164 y/o la Ley de California Confidentiality of Medical Information (CMIA), California Civil Code §§56-56.37.

_____ Por la presente autorizo al Dr. Milan L. Hopkins que verifique mi estado como paciente a través del Sistema de Verificación de Pacientes del Dr. Milan L. Hopkins, por el Internet o llamando por teléfono. Entiendo que esta autorización es válida por el período de tiempo durante el cuál el Dr. Milan L. Hopkins ha emitido la recomendación del uso de la marihuana.

_____ Por la presente autorizo el uso y la divulgación de mi expediente médico a cargo de mi médico, excepto la información de identificación personal, para uso en el análisis de datos de los pacientes que han sido tratados con cannabis.

_____ Por la presente autorizo al Dr. Milan L. Hopkins a divulgar y verificar mi expediente médico ante la policía en caso de ser arrestado o detenido debido a mi posesión o uso de la marihuana. Entiendo que el Dr. Milan L. Hopkins proporcionará únicamente la verificación sobre mi estado como paciente con el fin de proveer pruebas que justifiquen el haber tenido en mi posesión la marihuana. Entiendo que esta autorización es válida por el período de tiempo durante el cuál el Dr. Milan L. Hopkins ha emitido la recomendación del uso de la marihuana.

Escriba su nombre (con letra de molde):

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Milan L. Hopkins M.D.,
A Medical Corporation

**Reconocimiento de la Revisión
del
Aviso de las Prácticas de Privacidad**

Reconozco por medio del presente documento, que he sido informado sobre el Aviso de las Prácticas de Privacidad del Dr. Milan L. Hopkins. Entiendo que puedo obtener copias adicionales bajo solicitud, como descrito en el Aviso.

Este reconocimiento será archivado en mi expediente.

Escriba su nombre (Letra de molde): _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____