

1. Información Personal

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección Física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de Envío: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sexo: Masculino Femenino Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS: _____

Casado Viudo Soltero Menor Separado Divorciado Unido por _____ años

2. Información de Contacto

Número de Casa: _____ Número de Celular: _____

Podemos dejar un mensaje de voz: Si No Teléfono de mensaje alternativo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

EN CASO DE EMERGENCIA INFORMACION DE CONTACTO:

Nombre: _____ Número de Casa: _____ Número de Celular: _____

3. Información de Seguro

A partir del 1 de enero de 2017 ya no aceptamos NINGUNA póliza de seguro. Sin embargo, en caso de una remisión es necesario proporcionar la siguiente información de seguro:

Nombre del Seguro: _____

Nombre del Suscriptor: _____

Relación con el Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS: _____

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO: Al firmar a continuación, autorizo a Milan L. Hopkins, MD y / o personal a realizar cualquier examen, pruebas y procedimientos y proporcionar cualquier medicación, tratamiento o terapia necesaria para evaluar, diagnosticar y tratarme. Entiendo que todavía puedo rechazar cualquier examen particular, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicación. También se me puede pedir que firme formularios adicionales dando consentimiento a tipos específicos de tratamientos o procedimientos. También entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me pueden garantizar los resultados de mi evaluación y / o tratamiento.

Firma del Paciente /Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Por favor escriba el nombre: _____ Relación con el Paciente: _____

4. Historia Familiar

Fecha del último Examen Físico: _____

¿Cuál es la razón de su visita? _____

Edad, estado de salud o causa de muerte:

Madre: _____

Padre: _____

Hermano(s): _____

Hermana(s): _____

Marque (✓) cualquier enfermedad que haya ocurrido en cualquiera de sus **Parientes Sangrientos:**

- Alergia Tendencia a Hemorragia Cáncer Diabetes Enfermedad Cardíaca Tuberculosis
 Presión Arterial Alta Enfermedad Renal Enfermedad de Nervios Derrame Cerebral Otros

5. Historia Social

Historial Ocupacional (5 años)

	Año:	Ocupacion:
Actual		
Anterior		
Anterior		
Anterior		
Anterior		

Educación

Graduado	Primaria	Secundaria	AA	BA	MD	PhD
Si						
No						

7. Historial Médico

Marque (✓) los síntomas que actualmente tiene o ha tenido en los últimos años

General

- Escalofríos
- Depresión/Nervios
- Mareos/Desmayos
- Fiebre
- Olvidos
- Dolor de cabeza
- Pérdida de sueño
- Pérdida de peso
- Entumecimiento
- Sudores

Piel

- Salen moretones fácilmente
- Urticaria
- Picazón /erupción cutánea
- Cambio en los lunares
- Cicatrices
- Heridas que no se curan

Músculos / Articulación / Hueso

Dolor, debilidad, entumecimiento en:

- Brazos
- Caderas
- Espalda
- Piernas
- Pies
- Cuello
- Manos
- Hombros

Cardiovascular

- Dolor de pecho
- Presión arterial alta/baja
- Latidos de corazón irregulares/rápido
- Mala circulación
- Hinchazón de los tobillos
- Varices

Gastrointestinal

- Falta de apetito
- Hinchazón
- Cambios en sus intestinos
- Estreñimiento
- Diarrea
- Sed excesiva
- Gastrointestinal
- Hemorroides
- Indigestión
- Náuseas
- Sangrado rectal
- Dolor de estómago
- Vómitos
- Vómitos con sangre

Ojos, Oídos, Nariz y Garganta

- Sangrado de las encías
- Visión borrosa
- Estrabismo
- Dificultad para tragar
- Visión doble
- Dolor/descarga de oído
- Fiebre de heno
- Ronquera
- Hemorragias nasals
- Tos persistente
- Zumbido en los oídos
- Sinusitis
- Visiones-destellos/halos

Mental

- Ansiedad
- Alucinaciones
- Ataques de pánico
- Paranoia
- Otros

Genito-urinario

- Sangre en la orina
- Orinar con frecuencia
- Incontinencia
- Dolor al orinar

Sólo Hombres

- Problemas de erección
- Masa en los testículos
- Secreción del pene
- Dolor en el pene
- Otros

Sólo Mujeres

- Prueba de papanicolaou anormal
- Sangrado entre menstruaciones
- Nódulo mamario
- Dolor menstrual extremo
- Calores
- Secreción del pezón
- Relaciones sexuales dolorosas
- Flujo vaginal
- Otros

Fecha de la última menstruación:

Fecha del ultimo Papanicolaou:

¿Se ha hecho una mamografía?

¿Esta embarazada? SI NO

Número de hijos: _____

Milan L Hopkins MD

a medical corporation

9425 Main St. Upper Lake CA

P.O. Box 638 Upper Lake, Ca. 95485

Phone (707)275-2366 Fax (707)275-9043

DECLARACION DEL PACIENTE

Yo, _____, actualmente no tengo un doctor primario. Yo escojo a Milan L. Hopkins, M.D. como mi doctor primario.

Firma del Paciente/Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Por favor, escriba el nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Milan L Hopkins MD

a medical corporation

9425 Main St. Upper Lake CA
P.O. Box 638 Upper Lake, Ca. 95485
Phone (707)275-2366 Fax (707)275-9043

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

(Inicie por favor cada artículo)

Yo entiendo que:

(Iniciales)

_____ El médico tratante, el personal y/o los representantes de Milan L. Hopkins, M.D. no me están proporcionando, dispensando o animando a obtener marihuana medicinal.

_____ El médico tratante, el personal y/o los representantes de Milan L. Hopkins, M.D. no estarán proporcionando o discutiendo información sobre el dispensario, la cooperativa, el servicio de entrega o cualquier otra forma de obtener marihuana.

_____ El médico tratante, el personal y/o los representantes de Milan L. Hopkins, M.D. están abordando aspectos específicos de mi cuidado médico y, salvo se indique lo contrario, de ninguna manera se establecen como mi médico de cabecera/proveedor de servicios médicos.

_____ Si se realizara una aprobación para mi uso medicinal de marihuana, existe una fecha de renovación especificada por el médico. Es mi responsabilidad visitar al médico para evaluar la continuidad posible del consumo de marihuana más allá de la vigencia de la autorización.

_____ Reconozco que Milan L. Hopkins, M.D. puede comunicarse con cualquier otro médico de cabecera que me esté tratando.

_____ Reconozco que depende de mí, convertirme en un paciente de Milan L. Hopkins, M.D. Si decido no ser paciente, o si Milan L. Hopkins, M.D. decide no emitirme una recomendación de marihuana después de mi evaluación, habrá un cargo de \$25.00 por visita al consultorio. En el caso de que yo lo pague y decido ser un paciente de Milan L. Hopkins, M.D. no habrá reembolsos.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Inicie por favor cada artículo)

Estoy siendo evaluado por recomendación de un médico, para el uso medicinal de la marijuana. El médico hará esta recomendación basada, en parte, en la información médica que le he proporcionado. No he falsificado mi condición médica con el fin de obtener esta recomendación, y es mi intención de usar la marijuana solo cuando sea necesario para el tratamiento de mi condición, no para uso recreativo o fines no médicos. Entiendo que es mi responsabilidad de estar informado sobre las leyes estatales y federales relativas a la posesión, el uso, compra/venta y/o distribución de marihuana. He sido informado y entiendo lo siguiente:

(Iniciales)

1. _____ El gobierno federal ha clasificado la marijuana como una sustancia controlada de Lista I. Las sustancias de Lista I se definen, en parte, por tener (1) un alto potencial de abuso, (2) no aceptadas actualmente para uso médico en tratamiento en los Estados Unidos, y (3) la falta de seguridad aceptada para su uso bajo supervisión médica. La ley federal prohíbe la fabricación, distribución y posesión de la marijuana, incluso en estados como California, que han modificado sus leyes estatales para tratar la marijuana como medicinal.
2. _____ La marijuana no ha sido aprobada por la *Food and Drug Administration* para su comercialización como una droga. Por lo tanto, la “fabricación” de la marijuana para uso médico no está sujeta a ninguna norma, control de calidad o supervisión. La marijuana puede contener cantidades desconocidas de ingredientes activos (es decir, puede variar en potencia), impurezas, contaminantes y sustancias, además de THC, que es el principal componente químico psicoactivo de la marijuana.
3. _____ El uso de la marijuana puede afectar la coordinación, las habilidades y, cognitivas, es decir, la capacidad de pensar, juzgar y razonar. Durante el uso de la marijuana, no debo de conducir, manejar maquinaria pesada, o realizar cualquier actividad que requiera estar alerta y/o responder con rapidez. Yo entiendo que si condizco bajo la influencia de la marijuana, puedo ser arrestado por “conducir bajo la influencia”.
4. _____ Los efectos secundarios potenciales del uso de la marijuana incluyen, pero no se limitan a, los siguientes: mareo, ansiedad, confusión, sedación, hipotensión, alteración de la memoria a corto plazo, euforia, dificultad en la realización de tareas complejas, supresión del sistema inmunológico del cuerpo, incapacidad para concentrarse, deterioro de las habilidades motoras, paranoia, síntomas psicóticos, apatía generalizada, depresión y/o inquietudes. La marijuana puede exacerbar la esquizofrenia en personas predispuestas a la enfermedad. Además, el uso de la marijuana puede hacerme hablar o comer en exceso, alterar mi percepción del tiempo y el espacio, y poner en peligro mi juicio. Muchas autoridades médicas afirman que el uso de marijuana, sobre todo en personas menores de 25 años, puede provocar problemas de atención a largo plazo, memoria,

aprendizaje, tendencia al abuso de drogas y esquizofrenia. El doctor Milan L. Hopkins, M.D. recomienda el consumo de marijuana solo para el alivio de los síntomas graves y no para el uso habitual.

5. _____ Entiendo que no es recomendado el uso de la marijuana mientras se está bajo la influencia del alcohol. Otros efectos secundarios pueden llegar a estar presentes cuando se utiliza alcohol junto con la marijuana. Marijuana debe ser tratado como un contenedor abierto de alcohol. No debe estar al alcance en el vehículo y no debe ser extinguida en el cenicero del vehículo.

6. _____ Estoy de acuerdo en ponerme en contacto con Milan L. Hopkins, M.D. si siento alguno de los efectos secundarios mencionados anteriormente, o si me siento deprimido o psicótico, si tengo pensamientos suicidas o un ataque de llanto. También me pondré en contacto con Milan L. Hopkins, M.D. si experimento problemas respiratorios, cambios en mis patrones normales de sueño, fatiga extrema, aumento de la irritabilidad, o si empiezo a distanciarme de mis familiares y/o amigos.

7. _____ Fumar marijuana puede causar problemas respiratorios y daños incluyendo bronquitis, enfisema y laringitis. En opinión de muchos investigadores, el humo de la marijuana contiene carcinógenos conocidos (sustancias químicas que pueden causar cáncer) y fumar marijuana puede aumentar el riesgo de enfermedades respiratorias y cáncer en el pulmón, boca y lengua. Además, el humo de la marijuana contiene químicos dañinos conocidos como alquitranes. Si empiezo a tener problemas respiratorios al usar la marijuana, dejaré de usarla e informaré de mis síntomas a un médico.

8. _____ Los riesgos, los beneficios y las interacciones de drogas de la marijuana no se entienden completamente. Si estoy tomando medicamentos o recibiendo tratamiento para cualquier condición médica, entiendo que debo consultar con mi médico tratante antes de usar la marijuana y que no debo interrumpir ningún medicamento o tratamiento recetado anteriormente, a menos que me lo recomiende el médico tratante.

9. _____ Las personas pueden desarrollar una tolerancia a, y/o dependencia de la marijuana. Entiendo que si necesito dosis cada vez más altas para lograr el mismo beneficio o si pienso que puedo estar desarrollando una dependencia a la marijuana, debo ponerme en contacto con Milan L. Hopkins, M.D.

10. _____ Los signos de distanciamiento pueden incluir: sentimientos de depresión, tristeza, irritabilidad, insomnio, inquietud, agitación, pérdida de apetito, dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño y cansancio inusual.

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

12. _____ Si en el futuro Milan L. Hopkins, M.D. se entera que la información que he proporcionado es falsa o engañosa, la recomendación para marijuana puede ya no tener validez. Estoy de acuerdo en cumplir puntualmente con Milan L. Hopkins, M.D. y/o proporcionar información adicional en caso de cualquier inexactitud o errores en la información que he proporcionado.

13. _____ He tenido la oportunidad de discutir estos asuntos con el médico y de hacer preguntas sobre cualquier cosa que no entienda o que considero que es necesario aclarar. Reconozco que Milan L. Hopkins, M.D. me ha informado de la naturaleza de un tratamiento recomendado, incluyendo pero no limitándose a, cualquier recomendación sobre la marijuana medicinal. Milan L. Hopkins, M.D. también me ha informado sobre los riesgos, las complicaciones y los beneficios esperados de cualquier tratamiento recomendado, incluyendo sus probabilidades de éxito y fracaso. Reconozco que Milan L. Hopkins, M.D. me ha informado sobre cualquier alternativa al tratamiento recomendado, incluyendo la alternativa de no recibir tratamiento alguno, los riesgos y los beneficios.
14. _____ Las especificaciones de cantidad se encuentran en la recomendación. JARDINES Y COPIAS EN RELIEVES. Los jardines deberían tener una recomendación en relieve en un lugar visible en todas las entradas. Puede ser útil colocar letreros con una cruz roja en el jardín, indicando que las plantas son para fines medicinales. Las copias en relieve se pueden hacer por 25 centavos de dólar por copia.
15. _____ Cuando se está bajo la influencia y/o posesión de marijuana en público, usted debe portar en todo momento una copia de su recomendación.
16. _____ Reconozco que si yo, el paciente, soy multado, arrestado, y/o Milan L. Hopkins, M.D. recibe una citación relacionada con mi recomendación de marijuana, voy a tener que pagar un depósito legal de \$250.00 en un período de 10 días después de haber recibido la citación, de ser arrestado, y/o que Milan L. Hopkins, M.D. haya recibido una citación. La falta de pago en el plazo de 10 días resultará en que seré dado de alta como paciente.
17. _____ Con el fin de permanecer en cumplimiento con las normas de la Junta Médica del estado de California, se requiere que usted vuelva con su médico para una revisión de su condición médica y para actualizar su recomendación cada seis meses. **Si usted está atrasado para su visita, se le cobrará un cargo adicional de \$50.00.** Las extensiones se pueden dar para emergencias personales o circunstancias especiales. Una recomendación vencida puede poner en peligro la licencia del médico con el Consejo Médico, y el paciente corre el riesgo de ser multado o arrestado. Si ocurre dicho incidente, necesitamos un depósito de \$250.00 por servicios prestados por Milan L. Hopkins, M.D. Si no puede pagar ese monto al momento de la cita, se le emitirá una recomendación temporal.
- 18. _____ Los pacientes que proporcionan cualquier información falsa o deshonestas serán dados de alta.**

Milan L Hopkins MD

a medical corporation

9425 Main St. Upper Lake CA

P.O. Box 638 Upper Lake, Ca. 95485

Phone (707)275-2366 Fax (707)275-9043

Autorización para la Divulgación de información

Por favor coloque sus iniciales junto a cada párrafo con el que está de acuerdo:

(iniciales)

_____ Autorizo a Milan L. Hopkins, M.D. para divulgar y verificar mi historial como paciente a un dispensario o cooperativa de marihuana con el fin de obtener marihuana con fines medicinales. Entiendo que esta autorización es válida por el período de tiempo durante el cual ha sido emitida la recomendación de la marihuana por Milan L. Hopkins, M.D. Esta autorización para la divulgación se aplica a cualquier información regida tanto por *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), 42 USC 1320d y 45 CFR 160-164* y/o el *California Confidentiality of Medical Information Act (CMIA), California Civil Code §§56-56.37*.

_____ Autorizo a Milan L. Hopkins, M.D. para verificar mi condición como paciente a través del Sistema de Verificación de Pacientes en línea o por teléfono de Milan L. Hopkins, M.D. Entiendo que esta autorización es válida por el período de tiempo durante el cual ha sido emitida la recomendación de la marihuana por Milan L. Hopkins, M.D.

_____ Autorizo el uso y la divulgación de mis registros médicos, a excepción de la información de mis datos personales, para su uso en los análisis de datos de los pacientes tratados con marihuana.

_____ Autorizo a Milan L. Hopkins, M.D. para divulgar y verificar mis registros médicos a las autoridades de la ley en caso yo sea arrestado o detenido por tener en posesión o el uso de la marihuana. Entiendo que Milan L. Hopkins, M.D. solo proporcionará evidencia de mi condición de paciente con el fin de justificar mi posesión de la marihuana. Entiendo que esta autorización es válida por el período de tiempo durante el cual ha sido emitida la recomendación de la marihuana por Milan L. Hopkins, M.D.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Milan L Hopkins MD

a medical corporation

9425 Main St. Upper Lake CA

P.O. Box 638 Upper Lake, Ca. 95485

Phone (707)275-2366 Fax (707)275-9043

Revisión del Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad

Declaro que he sido informado del Aviso de Prácticas de Privacidad para Milan L. Hopkins, M.D.
Entiendo que puedo obtener copias adicionales bajo solicitud, según se describe en el Aviso.

Este Reconocimiento será archivado con mis registros.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Milan L Hopkins MD

a medical corporation

9425 Main St. Upper Lake CA

P.O. Box 638 Upper Lake, Ca. 95485

Phone (707)275-2366 Fax (707)275-9043

Cantidades de Marijuana Medicinal

Todos paciente que cultiva más de seis plantas maduras de marijuana corre el riesgo de se enjuiciado, independiente de la cantidad especifica en la recomendación. Al pacienete se le permitirá una defensa por necesidad médica. Esto implica probar la necesidad de cantidades mayores a las seis plantas. Ya que yo no soy la persona que determina las cantidades de manera individual, ni la recomendación ni su historia clínica proporcionará esta prueba o evidencia. Si usted está cultivando más de la cantidad permitida, le recomiendo documentar de manera proactiva su necesidad de cultivar mayores cantidades. Una guía excelente para esta documentación en al artículo *Cannabis Yields and Dosage (rendimiento y dosis de la marijuana)* por Chris Conrad, impreso por Creative Expressions en El Cerrito.

Usted puede encontrarlo en línea en:

<http://www.chrisconrad.com/pdf/cannayieldsdosage10.pdf>

Esta recomendación es el resultado de mi experiencia como medico, ya que no estoy calificado para dar consejos legales.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____