



Programa Nacional para el Estudio y la Investigación del uso medicinal de la planta de cannabis, sus derivados y tratamientos no convencionales

Solicitud de Inscripción al Registro Nacional de Pacientes en Tratamiento con Cannabis (RECANN)

El presente documento reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA.
La Autoridad de Aplicación se reserva el derecho de verificar los datos declarados.

A completar por el interesado

Datos de la persona que requiere la inscripción al registro

Apellido y nombre _____
Tipo y n° doc. _____ Fecha de nac. _____
Domicilio constituido _____
Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____
Teléfono particular (opcional) _____ Teléfono celular _____
Correo electrónico _____
Obra social _____

Datos del Padre / Madre / Tutor o Encargado

(Completar en caso de paciente menor de edad)

Apellido y nombre _____ Tipo y n° doc. _____ Fecha de nac. _____
Domicilio _____ Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____
Vínculo con la persona que requiere la inscripción _____
Teléfono particular (opcional) _____ Teléfono celular _____
Correo electrónico _____
Obra social _____
¿Desea integrar el REGISTRO DE FAMILIARES? Si No

A completar por el médico

Datos del médico

Apellido y nombre _____ Tipo y n° doc. _____
Matricula profesional _____ Especialidad _____
Teléfono particular (opcional) _____ Teléfono celular _____
Correo electrónico (opcional) _____
Resumen de Historia Clínica _____

Diagnóstico y Patologías asociadas _____
Tratamiento _____
Justificación del cambio de esquema _____
Producto Indicado _____

El médico se compromete a brindar información cuatrimestral de los signos, síntomas desarrollados por el paciente y la expresa necesidad de continuar en el RECANN durante el tratamiento, siendo esta condición indispensable para mantener la inscripción, en caso de aceptar la presente solicitud.

Firma y Aclaración

Sello

Lugar y Fecha

El Programa se encuentra facultado para solicitar documentación, informes y/o estudios complementarios que considere necesarios para determinar la inscripción.

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración de quien requiere la inscripción, y/o padre, tutor o encargado