

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO Programa de Marihuana Médica de Oregón

**INSTRUCCIONES:** Dé toda la información requerida para cumplir con los requisitos de inscripción de la Ley de Marihuana Médica de Oregón. Para su protección, use este formulario para informar cambios. Adjunte copias legibles de documentos de identidad, si corresponde. Si el solicitante es menor de 18 años, el padre con custodia o el tutor legal que toma las decisiones de cuidado de la salud debe aparecer como Proveedor de Cuidado Primario. **ESCRIBA A MÁQUINA O LEGIBLEMENTE EN LETRA DE IMPRENTA.**

A INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (REQUERIDA)			
NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL):	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCIÓN POSTAL:	NÚMERO DE TELÉFONO:		
CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL:	CONDADO:		
Identificación con fotografía: se debe adjuntar fotocopia de uno de los siguientes documentos. Marque el casillero apropiado: <input type="checkbox"/> Licencia de conducir de Oregón <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación de Oregón <input type="checkbox"/> Tarjeta de registro de votante, más foto actual			
B PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO (SI CORRESPONDE)			
NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL):	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCIÓN POSTAL:	NÚMERO DE TELÉFONO:		
CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL:	CONDADO:		
Identificación con fotografía: se debe adjuntar fotocopia de uno de los siguientes documentos. Marque el casillero apropiado: <input type="checkbox"/> Licencia de conducir de Oregón <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación de Oregón <input type="checkbox"/> Tarjeta de registro de votante, más foto actual			
C PERSONA RESPONSABLE DEL LUGAR DE CULTIVO (REQUERIDA)			
<b>MARQUE SÓLO UNA:</b> <input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/> PROVEEDOR DE CUIDADOS <input type="checkbox"/> OTRO			
<b>SI MARCÓ OTRO, POR FAVOR DÉ LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:</b>			
NOMBRE (APELLIDO, PRIMER N., INICIAL S.N.):	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE (APELLIDO, PRIMER N., INICIAL S.N.):
DIRECCIÓN POSTAL:	DIRECCIÓN POSTAL:		
CIUDAD:	ESTADO: OREGÓN	CIUDAD:	ESTADO: OREGÓN
Identificación con fotografía: se debe adjuntar fotocopia de uno de los siguientes documentos. Marque el casillero apropiado: <input type="checkbox"/> Licencia de conducir de Oregón <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación de Oregón <input type="checkbox"/> Tarjeta de registro de votante, más foto actual			
DIRECCIÓN DEL LUGAR DE CULTIVO DE MARIHUANA (REQUERIDA)			
DIRECCIÓN FÍSICA:			
CIUDAD:	ESTADO: OREGÓN	CÓDIGO POSTAL:	
CONDADO:	CONDADO:		
Para dar nombres de otras personas que pueden estar en este lugar de cultivo, vea el reverso de esta página.			
D FIRMA Y FECHA (REQUERIDA)			
<b>TESTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA.</b>			
FIRMA DEL SOLICITANTE O APODERADO:			FECHA:

**ENVÍE EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO POR CORREO A:**

DHS/OMMP  
PO BOX 14450  
Portland, OR 97293-0450



## VEA EL REVERSO DE LA PÁGINA PARA MÁS DETALLES

### **INFORMACIÓN OPCIONAL (OAR 333-008-0020(2))**

En la sección siguiente usted puede dar los nombres de otras personas que pueden estar en el lugar de cultivo, además del paciente y/o el proveedor de cuidado primario designado. Por favor incluya el nombre completo y la fecha de nacimiento de cada persona. El OMMP verificará esta información con el personal de ejecución de la ley si preguntan sobre el(los) nombre(s) específico(s) de una persona que puede estar en el lugar de cultivo. Esta sección es OPCIONAL; no tiene obligación de llenarla.

### **LAS PERSONAS QUE APARECEN EN ESTA SECCIÓN NO ESTÁN PROTEGIDAS DE CASTIGOS CIVILES O PENALES**

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL):	FECHA DE NAC. (MM/DD/AA):
NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL):	FECHA DE NAC. (MM/DD/AA):
NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL):	FECHA DE NAC. (MM/DD/AA):

**El Departamento de Justicia de Oregón ha comunicado a DHS que “la Ley de Marihuana Médica de Oregón no impide la confiscación de las plantas de marihuana ni protege a los individuos de enjuiciamiento si el gobierno federal decide tomar medidas contra los pacientes o los proveedores de cuidado según las disposiciones de la Ley Federal de Sustancias Controladas.”**

**Si necesita este documento en diferente formato, por favor llame a esta oficina al (971) 673-1226**