



1/2 ; faciag dof egtaf con nogotfog° Bog gentimog m im honfadog e ie nog hama e`e [ido dafa gef gi dfo jeedof de cannaVig (mafih i ana) medicina` 9gtamog m im degeogog de conocef`o"

D5 FH9 1)2)3)4)5)

Fecha. _____ GUIWURGWLILFDLYGOSDFLW _____

BomVfe comd`eto. _____ 5dodo. _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa). _____ 9dad. _____ Gelo. _____

GDG: _____ :

VGSRVD : _____ IRGHFDVD _____

IRHFIR: _____ Jetefano (odciona`). g† no

1RPEIGHEDGR : _____ B•mefo de identizicaciEn de` fe [igtfo. _____

1DIGHIPRVFRPSDIPRVVRPDFVGHFRDFR _____

IPRVHHVGHVVRV _____

(IRFRPDR) _____

5HIHIDGHHPSIDGRVGH,6(T) _____

,1, (6

HYDIDHFIRRVHIFIRVFRDFDFRIVGHSGIRVRIHDVHVSFDHV
HHRV

HYDIDHFPHVDVGHFRDFDFRIVGHSGIRVRIHDVHVSFDHV
HHRV VHD SOLFDIDVDWLDIDVHVWIDPHVDMHV DWRV HVFRPSDxtDDpHD

OHJYWDIDHFLELDODPDPVWHOHIyFDVSDDFWDOLDFLRIVSRWRVFRVVDWDV

3

A. VHIRHRSWIS

R _____ HIRPSHVRHV

HVH

B. RPPHPR

R _____ HVRHIRPSHHR

PHVH

_____ Fecha. _____

PARTE 3 - PARA USO EN OFICINA SOLAMENTE

A. Información verificada por Nombre del empleado: _____ Agente #: _____
Firma del empleado: _____ Fecha: _____

PARTE 4 - OPCIONAL INGESTA/CONSULTA

(Puede ser completado por el paciente o por el PCS/Farmacéutico)

El paciente rechazó la consulta de nuevos pacientes. Firma del paciente: _____

A. ¿Cómo se enteró el paciente/cuidador sobre RISE Consultation?

- De boca en boca
- MassRoots
- Periódico
- Facebook
- Instagram
- Conducir/al caminar
- Leafly
- Weedmaps
- I Heart Jane
- Doctor
- Otro proveedor de atención de salud
- Twitter
- Otros _____

B. Historia del cannabis medicinal

1. ¿Por qué se ha recomendado al paciente el uso de cannabis medicinal?

2. ¿Cuánto tiempo lleva el paciente consumiendo cannabis? _____

3. ¿Cuál es el método de consumo preferido del paciente? _____

4. ¿Alguna alergia? _____

5. El paciente ha tenido un efecto secundario no deseado o una reacción adversa del cannabis? Si es así, descríbalos: _____

6. Notas adicionales: _____
