



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 (REPROCANN)

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

Dirección Nacional de  
Medicamentos y  
Tecnología Sanitaria



Ministerio de Salud  
Argentina

A completar por la persona interesada

### Datos de la persona que requiere la inscripción al registro

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

### Datos del Padre / Madre / Tutor/a o Encargado/a

(Completar en caso de paciente menor de edad o persona no autónoma)

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?  Sí  No

A completar por el/la profesional

### Datos del/la profesional

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

#### Antecedentes Personales

1) ¿El/la paciente refiere durante la entrevista, arritmias o angor en actividad?  No  Sí

2) ¿El/la paciente refiere durante la entrevista, antecedentes de algún padecimiento en salud mental? ¿Se encuentra actualmente en tratamiento?  No  Sí

En caso de Sí, especificar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) ¿El/la paciente refiere antecedentes de alergia a algún componente de la planta?  No  Sí

4) ¿El/la paciente refiere embarazo en curso o lactancia?  No  Sí

5) ¿El/la refiere manejar maquinarias de alta precisión?  No  Sí

Diagnóstico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Justificación del cambio de esquema, tratamiento y producto indicado  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma y Aclaración del/la Profesional

Sello

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

Lugar y Fecha

Lugar y Fecha