



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