



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN
DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y
Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Farmacia

**SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE CERTIFICACION PARA LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS POR
TECNICO DE FARMACIA**

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

DIRECCION POSTAL: _____

DIRECCION FISICA: _____

(E-MAIL) _____

TELEFONO: _____ (RESIDENCIAL) _____

(TRABAJO) _____ (CELULAR) _____

NUMERO CERT. PERMANENTE: _____ NUMERO DE REGISTRO: _____

INFORMACION DEL LUGAR DE TRABAJO:

NOMBRE DE LA FARMACIA: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

NUMERO DE AUTORIZACION PARA VACUNAR _____

(Para uso exclusivo de La Junta):

La información contenida en esta solicitud es correcta y verdadera a mi mejor entender. Mi certificación para Administración de Vacunas puede ser revocada o suspendida si advengo incurso en violación a la Ley y Reglamento de la Junta de Farmacia o a cualquiera de los Cánones Éticos que rigen la profesión de farmacéutico. Estampo mi firma manifestando mi acuerdo y conocimiento de lo antes expresado.

Firma del Solicitante: _____ Fecha _____

ACCION TOMADA POR LA JUNTA

ESTA SOLICITUD HA SIDO:

APROBADA: _____

DENEGADA: _____

Presidente de la Junta

Miembro de Junta

Miembro de Junta

Miembro de Junta

Miembro de Junta

Fecha: _____

OBSERVACIONES: _____

Nombre del Solicitante _____

REQUISITOS PARA RENOVACION DE CERTIFICACION PARA ADMINISTRA VACUNAS POR TECNICOS DE FARMACIA

1. Someta la solicitud debidamente cumplimentada.
2. Foto 2 x 2 reciente
3. Copia del Certificado Permanente para Técnicos de Farmacia expedido por la Junta de Farmacia de Puerto Rico.
4. Copia de Certificación de Registro expedido por la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud.
5. Copia de su última certificación para administrar vacunas
6. Original del curso de 1 hora (0.1) crédito) de educación continua anual en inmunización, según se requiere en la Ley 247 de 3 de septiembre de 2004, según enmendada, conocida como “Ley de Farmacia de Puerto Rico”.
7. Certificado del curso de recertificación para administración de vacunas acreditada por el “Accreditation Council for Pharmacy Education (ACPE) si el curso para la administración de vacunas aprobado por APHA ya cumplió los tres (3) años de haberse completado.
8. Copia del Certificado del Curso de Resucitación Cardiopulmonar (CPR). Incluir copia del certificado y tarjeta. Poseer certificado de CPR básica vigente otorgado por Asociación Americana del Corazón, Cruz Roja Americana, Manatí Medical o LERMS.
9. Copia del Certificado de Administrar Vacunas vigente del farmacéutico a cargo de su supervisión.
10. Giro a nombre del Secretario de Hacienda por la cantidad de \$25.00 dólares, ATH ó tarjeta de crédito.
11. Un sobre pre dirigido con sello.

NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS

PO Box 10200, San Juan, PR 00908-0200 | 787-999-8989 | www.salud.pr.gov
