



Formulario de Solicitud de Examen de Revalida

Junta de Farmacia de Puerto Rico

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde

Información Personal

Primer Apellido **Segundo Apellido** **Primer Nombre** **Inicial**

Seguro Social **Fecha de Nacimiento**
***Últimos 4 dígitos** **dd/mm/yyyy**

F M

Ciudadanía: _____

Teléfono Celular **Teléfono Hogar** **Teléfono Trabajo**

Correo Electrónico: Ejemplo: user@yahoo.com

Información de Contacto
Dirección Postal

Examen:

INTEGRADO TÉCNICO DE FARMACIA

País, Ciudad, Código Postal

Número de Intento: _____
Institución de Procedencia: _____

Para uso de la ORCPS: Certificado Permanente: _____ **Fecha:** _____
Visto Bueno: _____



JUNTA DE FARMACIA DE PUERTO RICO
P.O. Box 10200
San Juan, Puerto Rico 00908-0200
(787) 765-2929 ext. 6608 / 6645
margery.figueroa@salud.pr.gov

Solicitud de Re-examen Técnico de Farmacia

FECHA: _____

NOMBRE: _____

DIRECCION POSTAL: _____

TELEFONOS: _____

E-MAIL _____

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN: _____

Número de Intento: _____ Institución de Procedencia: _____

FIRMA DEL (A) SOLICITANTE

REQUISITOS:

1. Pago por la cantidad de **\$150.00** dólares con GIRO POSTAL O BANCARIO a favor del *Secretario de Hacienda* o tarjeta ATH. También pueden realizar el pago mediante ATH, VISA o MASTERCARD.
2. GIRO POSTAL por la cantidad de **\$60.00** a nombre de **DIDAXIS**. También pueden realizar el pago mediante ATH, VISA o MASTERCARD. Los centros de pago son los siguientes:
 - ✚ Didaxis Centro Metro, Club Rotario de Río Piedras, Urb. Caribe, 1609 Calle Ponce de León Carr. Núm. 1 de Río Piedras, P.R. 00928. Tel. (787) 223-1133. **NO SE ACEPTA EFECTIVO NI CHEQUES PERSONALES.** www.didaxispr.com
3. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES (ORIGINAL) expedido por la Policía de Puerto Rico con no más de un (1) mes de antelación a la fecha que solicita examen.

**ADHIERA
FOTOGRAFIA
RECIENTE,
TAMAÑO 2 x 2.**

4. CERTIFICADO MEDICO (Adjunto se acompaña solicitud para ser cumplimentada por un Médico licenciado).

NOTA: NO SE PROCESARÁ LA SOLICITUD DE RE-EXAMEN, si no somete **TODOS** los requisitos señalados anteriormente, dentro de la fecha límite.

Certificado Médico

Yo, _____, médico
NOMBRE DEL MÉDICO

Autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante la licencia número _____, expedida por el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico.

Certificó que he examinado a _____
NOMBRE DEL SOLICITANTE

Encontrándole en buen estado general de salud.

FECHA

FIRMA DEL MÉDICO AUTORIZADO