



Junta de Farmacia de Puerto Rico

P.O. Box 10200
San Juan, Puerto Rico 00908-0200
(787) 765-2929 ext. 6608, 6645
cristina.matos@salud.pr.gov

Hoja de Cotejo

SOLICITUD CERTIFICADO PARA ADMINISTRACION DE VACUNAS POR FARMACEUTICOS

Nombre: _____

- _____ 1. Solicitud cumplimentada en todas sus partes.
- _____ 2. Foto 2x2
- _____ 3. Copia de **Licencia Permanente** de Farmacéutico.
- _____ 4. Copia de **Tarjeta o Certificación de Registro** de Profesionales.
- _____ 5. Copia de **Certificación de Colegiación**.
- _____ 6. Copia Certificación del **Curso para la Administración de Vacunas**.
- _____ 7. Copia del **“Statement of Credit”** (*Pharmacy-Based Immunization Delivery Self-Study 1.2 CEUs y Pharmacy-Based Immunization Delivery Live Seminar 0.8 CEUs*)
- _____ 8. Copia tarjeta de Curso de **Resucitación Cardiopulmonar (CPR)**.
- _____ 9. Copia tarjeta de Curso de **Administering Emergency Oxygen**.
- _____ 10. Copia tarjeta de Curso de **Bloodborne Pathogens Training: PDT**.
- _____ 11. Pago de **\$100.00** por derecho al certificado.
- _____ 12. Un sobre pre-dirigido con sello.

Recibido por: _____ Fecha: _____



Junta de Farmacia de Puerto Rico

P.O. Box 10200

San Juan, Puerto Rico 00908-0200

(787) 765-2929 ext. 6608, 6645

cristina.matos@salud.pr.gov

ADHIERA
FOTOGRAFIA
RECIENTE
AUTOGRAFIADA

**SOLICITUD DE CERTIFICACION PARA LA ADMINISTRACION DE VACUNAS POR
FARMACEUTICOS**

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

DIRECCION POSTAL: _____

DIRECCION FISICA: _____

TELEFONO: _____ (RESIDENCIAL) _____ (TRABAJO)
_____ (CELULAR) _____ (E-MAIL)

NUMERO DE LICENCIA DE FARMACEUTICO: _____ NUMERO DE REGISTRO: _____

INFORMACION DEL LUGAR DE TRABAJO:

NOMBRE DE LA FARMACIA: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

NUMERO DE AUTORIZACION PARA VACUNAR _____

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 _____

ACCIÓN 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 QUE TIENE QUE ACOMPAÑAR CON LA SOLICITUD DE
CERTIFICACION PARA ADMINISTRACION DE VACUNAS POR
FARMACEUTICOS**

1. Someta la solicitud debidamente cumplimentada.
2. Foto 2x2
3. Copia de **Licencia Permanente** expedida por la Junta de Farmacia de Puerto Rico.
4. Copia de **Tarjeta o Certificación de Registro** expedido por la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud.
5. Copia de **Certificación de Colegiación** expedida por el Colegio de Farmacéuticos.
6. Certificación del **Curso para la Administración de Vacunas** por una organización reconocida por la Junta (ACPE). Esta certificación debe incluir nombre y número de proveedor, fecha y lugar donde se tomó el curso, fecha de expedición y expiración del certificado. Debe incluir copia del certificado.
7. Copia del **“Statement of Credit”** (Pharmacy-Based Immunization Delivery Self-Study 1.2 CEUs y Pharmacy-Based Immunization Delivery Live Seminar 0.8 CEUs)
8. Certificado de Curso de **Resucitación Cardiopulmonar (CPR)**. Incluir copia del Certificado.
9. Certificado del Curso de **Administering Emergency Oxygen**.
10. Certificado del Curso **Bloodborne Pathogens Training: PDT**.
11. Someta esta solicitud con un pago por la cantidad de **\$100.00** por derecho al certificado.
12. Un sobre pre-dirigido con sello.