DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

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

ADHIERA
FOTOGRAFIA
RECIENTE
AUTOGRAFIADA

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

DIRECCION POSTAL: _____

_____

DIRECCION FISICA: _____

_____

TELEFONO: _____ (RESIDENCIAL) _____ (TRABAJO)

_____ (CELULAR) _____ (E-MAIL)

NUMERO DE LICIENCIA 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 _____

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

REQUISITOS QUE TIENE QUE ACOMPAÑAR CON LA SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE CERTIFICACION PARA ADMINISTRACION DE VACUNAS POR FARMACEUTICOS

1. Someta la solicitud debidamente cumplimentada en todas sus partes.

2. Foto 2x2

3. Copia de su última **Certificación para Administrar Vacunas**.

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. Original del curso de 1 hora (0.1 crédito) de Educación Continua anual en inmunización, según se establece en la orden Administrativa 278 del 2 de diciembre de 2010.

7. Certificado de Curso de **Resucitación Cardiopulmonar (CPR)**. Incluir copia del Certificado.

8. Certificado del Curso de **Administering Emergency Oxygen**.

9. Certificado del Curso **Bloodborne Pathogens Training: PDT**.

10. Someta esta solicitud con un pago por la cantidad de **$100.00** por derecho al certificado. **PAGO NO REEMBOLSABLE.**

11. Un sobre pre-dirigido con sello.

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