



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS POR TÉCNICOS DE FARMACIA

ADHIERA
FOTOGRAFIA
RECIENTE
AUTOGRAFIADA

Nombre del solicitante: _____
Apellido paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección Postal: _____

Dirección Física: _____

Teléfono: _____ (Residencial) _____

(Trabajo) _____ (Celular) _____

(E-mail) _____

Número de Cert. Permanente: _____ Número de Registro: _____

Información del lugar de trabajo:

Nombre de la Farmacia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Número de autorización 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 incursio en violación de 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 los antes expresado.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

REQUISITOS PARA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS POR TÉCNICOS DE FARMACIA

1. Sometta 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. Certificación del curso para la Administración de Vacunas por una organización reconocida por la Junta (ACPE approved APHA). Esta certificación debe incluir nombre y número de proveedor, fecha y lugar donde se tomó el curso, fecha de expedición del certificado. En el caso de Técnicos de Farmacia deberá presentar el curso de 65 horas "Pharmacy Basics Immunization Administration by Pharmacy Technicians".
6. copia del "Statement of Credit" (Pharmacy-Based Immunization Delivery Self-Study 0.2 CEUs y Pharmacy-Based Immunization Delivery Live Seminar 0.4 CEUs) esto aplica a Técnicos de Farmacia.
7. Copia del certificado de Administrar Vacunas vigente del farmacéutico a cargo de su supervisión.
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. Giro a nombre de secretario de Hacienda por la cantidad de \$25.00, ATH o tarjeta de crédito.
10. Un sobre pre dirigido con sello.

NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETA