



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Hoja de Cotejo

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD DE FARMACÉUTICO ESPECIALIZADO EN FARMACIA NUCLEAR

Nombre: _____

- _____ 1. Solicitud cumplimentada en todas sus partes.
- _____ 2. Foto 2x2 reciente.
- _____ 3. Copia de **Licencia Permanente** de Farmacéutico.
- _____ 4. Copia de **Tarjeta o Certificación de Registro** de Profesionales.
- _____ 5. Copia de **Certificación de Colegiación**.
- _____ 6. Certificación del **Curso de Farmacéutico en Farmacia Nuclear** otorgado por una universidad o institución de educación superior, reconocida en Puerto Rico y/o los Estados Unidos. (Universidad de Puerto Rico, Nova Southwestern University, La Junta de Especializaciones Farmacéuticas (BPS), el Instituto Nacional para la Acreditación de los Estándares Farmacéuticos (NISPC), la Asociación Farmacéutica Americana (APhA) y la Asociación Nacional de Juntas de Farmacia (NABP).) Esta certificación debe incluir nombre 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 Credit"(Radiopharmacy: Clinical and Practical Considerations 5 CEU (50 horas de contacto).
- _____ 8. Copia de la certificación del examen sometida directamente a la Junta por la institución.
- _____ 9. 300 horas de práctica supervisada (evidencia).
- _____ 10. Pago por la cantidad de **\$200.00(NO REEMBOLSABLES)** por derecho al certificado.
- _____ 11. Un sobre pre-dirigido con sello.

Recibido por: _____ Fecha: _____



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 de Puerto Rico

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD DE FARMACÉUTICO

ESPECIALIZADO EN FARMACIA NUCLEAR

ADHIERA
FOTOGRAFÍA
RECIENTE
AUTOGRAFIADA

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

DIRECCIÓN POSTAL: _____

DIRECCIÓN FÍSICA: _____

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

NÚMERO DE LICENCIA DE FARMACÉUTICO: _____ NÚMERO DE REGISTRO: _____

INFORMACIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO:

NOMBRE DE LA FARMACIA: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

NÚMERO DE CERTIFICADO DE FARMACÉUTICO EN FARMACIA NUCLEAR _____

La información contenida en esta solicitud es correcta y verdadera a mi mejor entender. Mi Certificación de Especialidad de Farmacéutico en Farmacia Nuclear 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 _____