



SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD EN
FARMACOTERAPIA

ADHIERA
FOTOGRAFIA
RECIENTE
AUTOGRAFIADA

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 CERTIFICADO DE FARMACEUTICO EN FARMACOTERAPIA _____

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



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Hoja de Cotejo

SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD DE FARMACÉUTICO

ESPECIALIZADO EN FARMACOTERAPIA

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. Copia certificación del **Curso de Farmacéutico en Farmacoterapia** 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. 24 horas (2.4 CEU) contrató, cada dos años, directamente relacionadas al campo de especialización.
- _____ 8. Copia de la certificación del examen sometida directamente a la Junta por la Institución. (cada 7 años)
- _____ 9. Un sobre pre-dirigido con sello.

Recibido por: _____ Fecha: _____