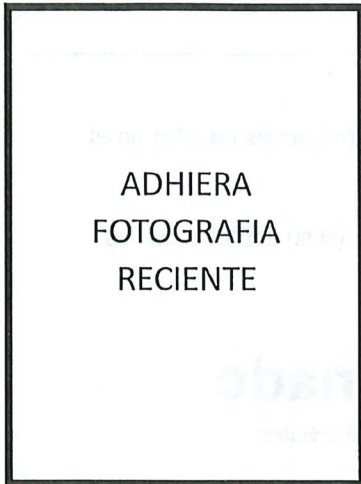




# Solicitud para Certificado de Registro como Interno Técnico de Farmacia

Cualquier declaración falsa, hecha deliberadamente por el solicitante o permitida, en cualquiera de las cláusulas de esta solicitud, será motivo suficiente para rechazar o revocar el Certificado de Interno de Técnico después de haberse expedido.

Solicito, bajo juramento, un Certificado de Interno Técnico de Farmacia, de acuerdo con la Ley 247 de 3 de septiembre de 2004. Según enmendada. Me comprometo a practicar un periodo mínimo de 1,000 (mil) horas a partir de la fecha en que la Junta apruebe esta solicitud y me inscriba como Técnico de Farmacia.



## DECLARACIÓN JURADA (AFFIDAVIT)

Estado o Territorio \_\_\_\_\_

Pueblo o ciudad de \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE

Bajo JURAMENTO, expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud, que las declaraciones que la misma contiene son verídicas, que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y que fue tomada recientemente.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

JURADO Y SUSCRITO ANTE MÍ, hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en

\_\_\_\_\_, Puerto Rico, bajo mi firma y sello.

AFFIVAVIT NUM.: \_\_\_\_\_

SELLO DEL  
NOTARIO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO



DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

GOBIERNO DE PUERTO RICO

## EL SOLICITANTE DEBERA LLENAR LOS SIGUIENTES ENCASILLADO

(Llénese a mecanoscrito o en letra de molde)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL: \_\_\_\_\_

ÚLTIMOS CUATRO NÚM. SEGURO SOCIAL # \_\_\_\_\_

TEL.: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

FECHA DE NAC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LUGAR DE NAC.: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

1. ¿Es usted Ciudadano de Estados Unidos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (personas nacidas en el extranjero deben someter evidencia de su estatus.)
2. ¿Ha sido usted CONVICTO de algún delito? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (si su contestación es afirmativa, explique en un papel aparte.)

## Certificación de Internado

(para ser completado por el farmacéutico que supervisará la práctica)

Yo, \_\_\_\_\_ vecino (a) de \_\_\_\_\_

mayor de edad, declaro que:

UNO: Que soy farmacéutico autorizado (a) a ejercer mediante licencia expedida por la Junta de Farmacia.

DOS: Que conozco personalmente a \_\_\_\_\_, y me consta de propio conocimiento que es persona que goza de buena reputación, la considero acreedora a que le expida un CERTIFICADO DE REGISTRO COMO INTERNO TÉCNICO DE FARMACIA.

TRES: Que me comprometo a supervisar personalmente y hacerme responsable de dicho Internado, comenzando en la fecha que la Junta de Farmacia expida el Certificado, mediante solicitud por primera vez o algún cambio de preceptor de acuerdo al caso.



DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

GOBIERNO DE PUERTO RICO

CUATRO: Que me comprometo a certificar luego a la Junta de Farmacia el resultado de tal INTERNADO.

QUINTO: Que me comprometo a notificar a la Junta de Farmacia, por escrito, tan pronto cese la práctica.

En \_\_\_\_\_ Puerto Rico, a el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_  
del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre de la farmacia

\_\_\_\_\_  
Firma del farmacéutico (a)

\_\_\_\_\_  
Horario de la farmacia

\_\_\_\_\_  
Dirección de la farmacia

\_\_\_\_\_  
Teléfono de la farmacia

## Certificación

Yo \_\_\_\_\_ vecino(a) de \_\_\_\_\_

Mayor de edad farmacéutico (a) autorizado (a) a ejercer mediante licencia expedida por la Junta De Farmacia de Puerto Rico, cuyo número de licencia es \_\_\_\_\_, DECLARO QUE estoy supervisando el INTERNADO DE: \_\_\_\_\_

Declaro, además, que superviso a los siguientes Técnicos con Certificado Permanente:

1. \_\_\_\_\_ Núm. Cert. Permanente \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Núm. Cert. Permanente \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Núm. Cert. Permanente \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Núm. Cert. Permanente \_\_\_\_\_

**Estudiante de Farmacia o Interno Técnico de Farmacia. Favor de incluir el horario de práctica.**

1. \_\_\_\_\_ Univ. \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Univ. \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_

Por la Ley 247 del 3 de septiembre de 2004, según enmendada, Ley de Farmacia de Puerto Rico, un farmacéutico podrá supervisar con relación a la dispensación de medicamentos en un mismo horario a no más de (5) cinco técnicos de farmacia, o a un (1) interno de farmacia o interno de técnico de farmacia, para un máximo de (5) cinco personas bajo su supervisión. **Se prohíbe a los farmacéuticos preceptores supervisar a todo interno con el que tenga lazos familiares. Ver Resolución 2026-01.**

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL FARMACÉUTICO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA FARMACIA

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN COMPLETA DE LA FARMACIA

RECORDATORIO: EL PRECEPTOR DEBE NOTIFICAR EL NÚMERO DE CERTIFICADO PERMANENTE DE LOS TÉCNICOS DE FARMACIA BAJO SU SUPERVISIÓN. SI SUPERVISA OTRO INTERNO ESTUDIANTE DE FARMACIA O TÉCNICO DE FARMACIA, DEBE INDICAR EL HORARIO DE ESE ESTUDIANTE Y EL MISMO NO PUEDE CONFLIGIR CON EL OTRO.



### HORARIO DE PRÁCTICA DE FARMACIA DEL ESTUDIANTE

DÍAS	MAÑANA(A.M.)	TARDE (P.M.)	NOCHE (P.M.)	TOTAL DE HORAS
LUNES				
MARTES				
MIÉRCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SÁBADO				
DOMINGO				
<b>TOTAL DE HORAS SEMANALES</b>				

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha

**HORARIO DEL PRECEPTOR**

*Lunes* \_\_\_\_\_

*Martes* \_\_\_\_\_

*Miércoles* \_\_\_\_\_

*Jueves* \_\_\_\_\_

*Viernes* \_\_\_\_\_

*Sábado* \_\_\_\_\_

*Domingo* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del preceptor

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

**RECORDATORIO: EL PRECEPTOR DEBE NOTIFICAR EL NÚMERO DE CERTIFICADO PERMANENTE DE LOS TÉCNICOS DE FARMACIA BAJO SU SUPERVISIÓN. SI SUPERVISA OTRO ESTUDIANTE DE FARMACIA O INTERNO TÉCNICO DE FARMACIA DEBE INDICAR EL HORARIO DE ESE ESTUDIANTE Y EL MISMO NO PUEDE CONFLIGIR CON EL OTRO.**



DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

GOBIERNO DE PUERTO RICO

## Instrucciones para el Solicitante

1. Los solicitantes deberán proveer toda la información requerida en la solicitud.
2. Los derechos a pagar por el CERTIFICADO DE REGISTRO COMO INTERNO TÉCNICO DE FARMACIA es de \$50.00 dólares, en giro postal o bancario a favor del SECRETARIO DE HACIENDA.
3. NINGUNA PERSONA podrá empezar la práctica como INTERNO TÉCNICO DE FARMACIA, sin haberse provisto un Certificado de Registro expedido por la Junta. De hacerlo, se expondrá a las penalidades fijadas por la Ley.
4. El interno de técnico de farmacia solo podrá actuar como tal bajo la supervisión inmediata de su farmacéutico preceptor. Un interno de técnico de farmacia no podrá, en ningún momento, ejercer las funciones de un técnico de farmacia certificado, de acuerdo con las disposiciones de la Ley Núm. 247.
5. La práctica de interno técnico de farmacia empezará a contar desde la fecha de recibo del Certificado de Practicante para Estudiantes Aspirantes a Técnicos de Farmacia.
6. El certificado de práctica **NO ES RENOVABLE**. De tener alguna dificultad que impida continuar la práctica, deberá notificar a la Junta de Farmacia.
7. **RECUERDE SACAR COPIA DE SUS DOCUMENTOS.**

## Requisitos

(LA SOLICITUD DEBERÁ VENIR ACOMPAÑADA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS)

- ORIGINAL Y COPIA** identificación con foto vigente (Licencia de conducir, Real ID o Pasaporte)
- ORIGINAL** Certificado de antecedentes penales, expedido por la policía de Puerto Rico (No más de (1) mes de expedido expedido a la fecha en que radica la solicitud).
- ORIGINAL Y COPIA** Certificado de nacimiento.
- ORIGINA Y COPIA** de su tarjeta de seguro social.
- COPIA** de la carta de colegiación vigente de su preceptor.
- COPIA** del Certificado de Registro de Profesionales, vigente, de su preceptor.
- Información del preceptor completa (copia del registro y copia de la colegiación).
- COPIA** de la matrícula de la institución donde estudia.
- ORIGINAL** certificación negativa de Asume.
- (1) UN SOBRE** tamaño carta pre-dirigido con sello postal.
- Pago de \$50.00 dólares, con ATH, VISA, MasterCard ó un giro a nombre del Secretario de Hacienda.

**NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS**



## PROGRAMA DE CLASES

DIAS	HORAS													
	7:00 8:00	8:00 9:00	10:00 11:00	11:00 12:00	12:00 1:00	1:00 2:00	2:00 3:00	3:00 4:00	4:00 5:00	5:00 6:00	6:00 7:00	7:00 8:00		
LUNES														
MARTES														
MIERCOLES														
JUEVES														
VIERNES														
SABADO														
DOMINGO														

Sello de la Universidad

Firma del Coordinador de Universidad

