



DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

GOBIERNO DE PUERTO RICO

## SOLICITUD 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 incurso 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. Someta 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 6 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**