DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Junta de Farmacia de Puerto Rico
P.O. Box 10200
San Juan, Puerto Rico 00908-0200
(787) 765-2929 ext. 6602, 6645
maria.fuentes@salud.pr.gov

SOLICITUD DE CERTIFICACION PARA LA ADMINISTRACION DE VACUNAS COVID-19 POR TECNICO DE FARMACIA

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

DIRECCION POSTAL: _____

DIRECCION FISICA: _____

TELEFONO: _____ (RESIDENCIAL) _____

(TRABAJO) _____ (CELULAR) _____

(E-MAIL) _____

NUMERO CERT. PERMANENTE: _____ NUMERO DE REGISTRO: _____

NUMERO CERT. INTERNO DE FARMACIA: _____

INFORMACION DEL LUGAR DE TRABAJO:

NOMBRE DE LA FARMACIA: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

NUMERO DE AUTORIZACION PARA VACUNAR: _____

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 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 _____

Junta de Farmacia de Puerto Rico
P.O. Box 10200
San Juan, Puerto Rico 00908-0200
(787) 765-2929 ext. 6602, 6608, 6645
maria.fuentes@salud.pr.gov

PARA ADMINISTRACION DE VACUNAS COVID-19 POR TECNICOS 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. Debe incluir copia del certificado. Para Internos de Farmacia el curso deberá ser de 20 horas y en el caso de Técnicos de Farmacia deberá presentar el curso de 6 horas "Pharmacy Bases Inmunization 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. Certificado de Curso de Resucitación Cardiopulmonar (CPR). Incluir copia del Certificado y tarjeta. Poseer certificado de CPR básica vigente otorgado por Asociación Americana del Corazón o Cruz Roja Americana.

9. Un sobre predirigido con sello.

NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS