



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

**SOLICITUD DE CERTIFICACION PARA LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS POR
TECNICO DE FARMACIA**

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

DIRECCION POSTAL: _____

DIRECCION FISICA: _____

(E-MAIL) _____

TELEFONO: _____ (RESIDENCIAL) _____

(TRABAJO) _____ (CELULAR) _____

NUMERO CERT. PERMANENTE: _____ NUMERO DE REGISTRO: _____

INFORMACION DEL LUGAR DE TRABAJO:

NOMBRE DE LA FARMACIA: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

NUMERO DE AUTORIZACION 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 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 _____



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

ACCION TOMADA POR LA JUNTA

ESTA SOLICITUD HA SIDO:

APROBADA: _____

DENEGADA: _____

Presidente de la Junta

Miembro de Junta

Miembro de Junta

Miembro de Junta

Miembro de Junta

Fecha: _____

OBSERVACIONES: _____

Nombre del Solicitante _____



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

REQUISITOS PARA ADMINISTRACION DE VACUNAS POR TECNICOS DE FARMACIA

1. Someta la solicitud debidamente cumplimentada.
2. Foto 2x2 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, número de proveedor, fecha y lugar donde se tomó el curso, fecha de expedición del certificado. Debe incluir copia 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. 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.
9. Un sobre pre dirigido con sello.

NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS