



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 Re-examen Técnico de Farmacia

FECHA: _____

NOMBRE: _____

DIRECCION POSTAL: _____

TELEFONOS: _____

E-MAIL _____

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN: _____

Número de Intento: _____ Instución de Procedencia: _____

FIRMA DEL (A) SOLICITANTE

REQUISITOS:

1. Pago por la cantidad de **\$150.00** dólares con GIRO POSTAL O BANCARIO a favor del *Secretario de Hacienda* o tarjeta ATH. También pueden realizar el pago mediante ATH, VISA o MASTERCARD. Pago electrónico **\$60.00** a través de **Didaxis**. **PAGO NO REEMBOLSABLE**
2. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES (ORIGINAL) expedido por la Policía de Puerto Rico con no más de un (1) mes de antelación a la fecha que solicita examen.
3. CERTIFICADO MEDICO (Adjunto se acompaña solicitud para ser cumplimentada por un Médico licenciado).

NOTA: NO SE PROCESARÁ LA SOLICITUD DE RE-EXAMEN, si no somete **TODOS** los requisitos señalados anteriormente, dentro de la fecha límite.

ADHIERA
FOTOGRAFIA
RECIENTE,
TAMAÑO 2 x 2.



**Formulario de Solicitud de Examen de Revalida
Junta de Farmacia de Puerto Rico**

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde

Información Personal

_____ Primer Apellido	_____ Segundo Apellido	_____ Primer Nombre	_____ Inicial
_____ Seguro Social *Últimos 4 dígitos	_____ Fecha de Nacimiento dd/mm/yyyy	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>

Ciudadanía: _____

_____ Teléfono Celular	_____ Teléfono Hogar	_____ Teléfono Trabajo
----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

Correo Electrónico: Ejemplo: user@yahoo.com

Información de Contacto
Dirección Postal

Examen:

**INTEGRADO TECNICO DE
FARMACIA**

País, Ciudad, Código Postal

Número de Intento: _____

Institución de Procedencia: _____ **Recinto:** _____

Fecha de Graduación: _____

Para uso de la ORCPS:

Certificado Permanente: _____

Fecha: _____

Visto Bueno: _____

Certificado Médico

Yo, _____, médico
NOMBRE DEL MEDICO

Autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante la licencia número _____, expedida por el
Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico.

Certificó que he examinado a _____
NOMBRE DEL SOLICITANTE

Encontrándole en buen estado general de salud.

FECHA

FIRMA DEL MEDICO AUTORIZADO