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 EXAMEN DE REVÁLIDA
LEGISLACIÓN FARMACÉUTICA

Nombre completo: _____

Dirección física: _____

Dirección postal: _____

Teléfono Trabajo: _____ Residencia: _____ Celular: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

ADHIERA FOTOGRAFIA RECIENTE, AUTOGRAFIADA TAMAÑO PASAPORTE

DECLARACIÓN JURADA

Estado o _____ de _____ (territorio) país de (o ciudad) _____ declara que _____ él/ella es la persona a la que se refiere esta solicitud y que las declaraciones aquí contenidas son verdaderas en todos los aspectos, y que la fotografía adjunta es una imagen fiel de sí mismo/a tomada en los últimos sesenta meses.

SUSCRITO Y JURADO ANTE MÍ este _____ día de _____ de _____. El testigo puede firmar y sellar el adjunto.

DECLARACIÓN JURADA NÚM.: _____

Sello Notarial

_____
Firma del Notario Público

INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE

1. 1. ¿Ha cambiado alguna vez su nombre? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, indique la fecha y el lugar del cambio_____
   Indique su nombre original_____
2. Lugar de nacimiento _____ Edad: _____
3. ¿Es usted ciudadano/a de los Estados Unidos? Sí _____ No _____ (Si es ciudadano naturalizado, indique fecha y lugar de naturalización): _____
4. ¿Ha ejercido la farmacia ilegalmente alguna vez? Sí _____ No _____
5. ¿Ha sido condenado o acusado alguna vez por algún delito? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, describa los hechos aquí o en una hoja aparte y adjúntela.
6. ¿Padece alguna condición física o mental? Sí _____ No _____ (En caso afirmativo, presente un certificado médico que explique su condición en la misma fecha de esta solicitud).
7. ¿Necesita alguna adaptación especial? Sí _____ No _____ (En caso afirmativo, presente pruebas que respalden esta solicitud).

++

ESCUELA SUPERIOR

Me gradué de la Escuela Superior _____, lugar _____y fecha de graduación, _____ (Ej. (mes/día/año)

EDUCACIÓN UNIVERSITARIA O BACHILLERATO

_____ _____

Nombre y dirección de la institución que estudio Fecha (mes y año)

Recibí el diploma de Doctorado en Farmacia (**Universidad**)_____

fecha de graduación _____ (Ej. (mes/día/año)

CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA MORAL

(Para ser llenado y firmado por un farmacéutico registrado que no tenga parentesco con el solicitante)

Por la presente certifico que conozco personalmente a _____ desde hace _____ años y que sé que es una persona de buena conducta moral, y que por la presente lo recomiendo ante el Consejo de Farmacia de Puerto Rico como plenamente apto para el examen de licencia para ejercer la farmacia, de conformidad con la ley.

_____ _____

NOMBRE DEL FARMACÉUTICO FIRMA DEL DECLARANTE

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

_____ _____

_____

Graduado en el año _____ de _____ Expedido por _____ .

Número de licencia _____ .

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

FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXAMEN DE REVÁLIDA
JUNTA DE FARMACIA DE PUERTO RICO

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde y tinta azul

Información Personal

_____ _____ _____ _____
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Inicial

_____ _____ F ☐ M ☐
Seguro Social *Últimos 4 dígitos | Fecha de Nacimiento día/mes/año

Ciudadanía: _____

_____ _____ _____
Teléfono Celular | Teléfono Hogar | Teléfono Trabajo

_____
e-mail Ejemplo: user@yahoo.com

Información de Contacto

Dirección Postal

_____
_____
_____
_____
País, Ciudad, Código Postal

Examen:

☐ **LEGISLACIÓN FARMACÉUTICA**

Verano ☐ Otoño ☐ Invierno ☐

Número de Intento: _____
Institución de Procedencia: _____ Recinto: _____
Fecha de Graduación: _____

Para uso de la ORCPS:
Certificado Permanente: _____
Fecha: _____ Visto Bueno: _____

Documentos requeridos para la solicitud de la **REVALIDA DE LEGISLACIÓN FARMACÉUTICA DE PUERTO RICO:**

- Solicitud oficial debidamente completada.
- **Diploma de la Escuela de Farmacia; original y copia.**
- **Transcripción de Crédito Oficial,** del grado doctoral en farmacia, ésta deberá ser enviada por la Universidad directamente a la Junta de Farmacia a la siguiente dirección postal**:**

JUNTA DE FARMACIA DE PUERTO RICO
PO BOX 10200
SAN JUAN PR 00908-0200

- **Carta Certificada,** expedida por el registrador de la universidad donde indique que obtuvo el grado de doctor en farmacia, fecha de graduación y las 1,500 horas de práctica.
- **Certificado de Nacimiento; Original y copia.**
- **Certificado de Antecedentes Penales de Puerto Rico** (Vigencia-no mayor a 30 días); **Original.**
- **Récord Criminal (**aplica sólo si llevas menos de 6 meses con residencia en Puerto Rico).
- **Certificado de Salud**, de un hospital público o médico privado.
- **Junta de Farmacia de Puerto Rico**, pago por la cantidad de **$200.00** (**NO REEMBOLSABLE**), métodos de pago: Tarjeta ATH, VISA o MASTERCARD, giro postal o cheque de banco certificado a nombre de: **SECRETARIO DE HACIENDA.**
- **DIDAXIS**, luego de que la Junta de Farmacia reciba su solicitud de revalida completa, usted recibirá instrucciones por parte de **DIDAXIS** mediante correo eléctrico para instrucciones de como emitir el pago de **$ 75.00.**

NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS O DESPUÉS DEL LÍMITE DE FECHA