



DEPARTAMENTO DE

# SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

ADHIERA  
FOTOGRAFIA  
RECIENTE  
AUTOGRAFIADA

## SOLICITUD DE CERTIFICACION PARA LA ADMINISTRACION DE VACUNAS POR FARMACEUTICOS

NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRE

DIRECCION POSTAL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DIRECCION FISICA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ (RESIDENCIAL)                      \_\_\_\_\_ (TRABAJO)  
\_\_\_\_\_ (CELULAR)                      \_\_\_\_\_ (E-MAIL)

NUMERO DE LICENCIA DE FARMACEUTICO: \_\_\_\_\_      NUMERO DE REGISTRO: \_\_\_\_\_

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  
P.O. Box 10200  
San Juan, Puerto Rico 00908-0200  
(787) 765-2929 ext. 6608, 6645  
[cristina.matos@salud.pr.gov](mailto:cristina.matos@salud.pr.gov)

**REQUISITOS QUE TIENE QUE ACOMPAÑAR CON LA SOLICITUD DE  
CERTIFICACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS POR  
FARMACÉUTICOS**

1. Someta la solicitud debidamente cumplimentada.
2. Foto 2x2
3. Copia de **Licencia Permanente** expedida por la Junta de Farmacia de Puerto Rico.
4. Copia de **Tarjeta o Certificación de Registro** expedido por la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud.
5. Copia de **Certificación de Colegiación** expedida por el Colegio de Farmacéuticos.
6. Certificación del **Curso para la Administración de Vacunas** por una organización reconocida por la Junta (ACPE). Esta certificación debe incluir nombre y número de proveedor, fecha y lugar donde se tomó el curso, fecha de expedición y expiración del certificado. Debe incluir copia del certificado.
7. Copia del **"Statement of Credit"** (Pharmacy-Based Immunization Delivery Self-Study 1.2 CEUs y Pharmacy-Based Immunization Delivery Live Seminar 0.8 CEUs)
8. Certificado de Curso de **Resucitación Cardiopulmonar (CPR)**. Incluir copia del Certificado.
9. Certificado del Curso de **Administering Emergency Oxygen**.
10. Certificado del Curso **Bloodborne Pathogens Training: PDT**.
11. Someta esta solicitud con un pago por la cantidad de **\$100.00** por derecho al certificado. **PAGO NO REEMBOLSABLE**
12. Un sobre pre-dirigido con sello.