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 LICIENCIA 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. 6645
cristina.matos@salud.pr.gov

Hoja de Cotejo

SOLICITUD CERTIFICADO PARA ADMINISTRACION DE VACUNAS POR FARMACEUTICOS

Nombre: _____

_____1. Solicitud cumplimentada en todas sus partes.

_____2. Foto 2x2

_____3. Copia de **Licencia Permanente** de Farmacéutico.

_____4. Copia de **Tarjeta o Certificación de Registro** de Profesionales.

_____5. Copia de **Certificación de Colegiación**.

_____6. Copia Certificación del **Curso para la Administración de Vacunas**.

_____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. Copia tarjeta de Curso de **Resucitación Cardiopulmonar (CPR)**.

Proveedores autorizados: Asoc. Puertorriqueña del Corazón, Manati Medical, Cruz Roja Americana y Lemrs.

_____9. Copia tarjeta de Curso de **Administering Emergency Oxygen**.

____10. Copia tarjeta de Curso de **Bloodborne Pathogens Training: PDT**.

____11. Pago de **$100.00** por derecho al certificado. (NO REEMBOLSABLES)

____12. Un sobre pre-dirigido con sello.

Recibido por: _____ Fecha: _____

JUNTA DE FARMACIA
P.O. BOX 10200
San Juan, Puerto Rico 00908-0200
(787) 765-2929 ext. 6645
cristina.matos@salud.pr.gov