



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

**SOLICITUD DE RENOVACION DE CERTIFICACION PARA LA ADMINISTRACION DE
VACUNAS POR FARMACEUTICOS**

ADHIERA
FOTOGRAFIA
RECIENTE
AUTOGRAFIADA

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.

Junta de Farmacia de Puerto Rico
P.O. Box 10200
San Juan, Puerto Rico 00908-0200
(787) 765-2929 ext. 6645
crisrina.matos@salud.pr.gov

***SOLICITUD RENOVACION CERTIFICADO PARA ADMINISTRACION
DE VACUNAS POR FARMACEUTICOS***

Nombre: _____

- _____ 1. Solicitud cumplimentada en todas sus partes.
- _____ 2. Copia de su última **Certificación para Administrar Vacunas.**
- _____ 3. Copia de **Licencia Permanente** de Farmacéutico.
- _____ 4. Copia de **Tarjeta o Certificación de Registro** de Profesionales.
- _____ 5. Copia de **Certificación de Colegiación.**
- _____ 6. Original del curso de 1 hora (0.1 crédito) de educación continua anual en inmunización, según se establece en la Orden Administrativa 278 del 2 de diciembre de 2010.
- _____ 7. Copia tarjeta de Curso de **Resucitación Cardiopulmonar (CPR).**
Proveedores autorizados: **Asoc. Puertorriqueña del Corazón, Manati Medical, Cruz Roja Americana y Lemrs.**
- _____ 8. Copia tarjeta o certificado de Curso de **Administering Emergency Oxygen.**
- _____ 9. Copia tarjeta o certificado de Curso de **Bloodborne Pathogens Training: PDT.**
- _____ 10. Pago de **\$100.00** por derecho al certificado. **PAGO NO REEMBOLSABLE**
- _____ 11. Un sobre pre dirigido con sello.

Recibido por: _____ Fecha: _____