DEPARTAMENTO DE SALUD

JUNTA DE FARMACIA DE PUERTO RICO
P.O. Box 10200
San Juan, Puerto Rico 00908-0200
(787) 765-2929 ext., 6608, 6645
cristina.matos@salud.pr.gov

Solicitud de Re-Examen Farmacéutico

( ) Ingles ( ) Español

FECHA: _____

NOMBRE: _____

DIRECCION POSTAL: _____

_____

TELEFONOS: _____ SEGURO SOCIAL: _____

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN: _____

_____
FIRMA DEL (A) SOLICITANTE

REQUISITOS:

1. GIRO POSTAL O BANCARIO a favor del *secretario de hacienda* por la cantidad de $200.00 dólares. Podras realizar el pago mediante ATH, VISA o MASTERCARD

2. GIRO POSTAL por la cantidad de $75.00 a nombre de DIDAXIS. También pueden realizar el pago mediante ATH, VISA o MASTERCARD.

3. Didaxis Centro Metro, Club Rotario de Rio Piedras, Urb. Caribe, 1609 Calle Ponce de León Carr. Núm. 1 de Río Piedras, P.R. 00928. Tel. (787) 223-1133. NO SE ACEPTA EFECTIVO NI CHEQUES PERSONALES. www.didaxispr.com

4. 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. SI SOMETE CERTIFICADO EXPEDIDO POR INTERNET DEBE SOMETER LA VALIDACION DEL MISMO.

5. CERTIFICADO MEDICO (Adjunto se acompaña solicitud para ser cumplimentada por un Médico licenciado).

6. DOS SOBRES pre-dirigidos con sellos.

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

Certificado Médico

YO, _____, médico autorizado
NOMBRE DEL MEDICO

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