

**SOLICITUD DE CERTIFICADO ESPECIAL PARA
COMPLETAR HORAS DE PRÁCTICA**

REQUISITOS

- 1. HOJA DE REQUISITOS EXPEDIDA POR LA DIVISION DE REGISTRO**
- 2. COPIA DE LA CARTA DE CERTIFICACION DE COLEGIACION VIGENTE DEL FARMACEUTICO PRECEPTOR, EXPEDIDA POR EL COLEGIO DE FARMACEUTICOS DE PUERTO RICO**
- 3. COPIA DE LA CERTIFICACION DE REGISTRO VIGENTE DEL FARMACEUTICO PRECEPTOR, EXPEDIDA POR LA OFICINA DE REGLAMENTACION Y CERTIFICACION DE LES PROFESIONALES DE LA SALUD(ORCPS)**
- 4. SOLICITUD CUMPLIMENTADA Y FIRMADA POR EL FARMACEUTICO PRECEPTOR**
- 5. CERTIFICACION NEGATIVA DE ASUME**
- 6. CERTIFICACION NEGATIVA DE ANTECEDENTES PENALES (ORIGINAL)**
- 7. DE HABER OTRO ESTUDIANTE CON EL PRECEPTOR, ES NECESARIO SOMETER TAMBIEN EL HORARIO DE ESTE ESTUDIANTE**

NOTA IMPORTANTE:

LAS HORAS DE PRACTICA NO SE PODRAN COMENZAR HASTA TANTO LA JUNTA DE FARMACIA DE PUERTO RICO LE EXPIDA EL CERTIFICADO ESPECIAL DE PRACTICA. UNA VEZ COMPLETADAS LAS HORAS, DEBERAN SER JURAMENTADAS CON SU PRECEPTOR Y ENTREGARLAS EN LA JUNTA DE FARMACIA.

CUATRO: Que me comprometo a certificar luego a la Junta de Farmacia el resultado de tal INTERNADO.

QUINTO: Que me comprometo a notificar a la Junta de Farmacia, por escrito, tan pronto cese la práctica.

En _____ Puerto Rico, a el día _____ del mes de _____
del año _____ .

Nombre de la farmacia

Firma del farmacéutico (a)

Horario de la farmacia

Dirección de la farmacia

Teléfono de la farmacia

Certificación

Yo _____ vecino(a) de _____
Mayor de edad farmacéutico (a) autorizado (a) a ejercer mediante licencia expedida por la Junta
De Farmacia de Puerto Rico, cuyo número de licencia es _____, DECLARO
QUE estoy supervisando el INTERNADO DE: _____.

Declaro, además, que superviso a los siguientes Técnicos con Certificado Permanente:

1. _____ Núm. Cert. Permanente _____
2. _____ Núm. Cert. Permanente _____
3. _____ Núm. Cert. Permanente _____
4. _____ Núm. Cert. Permanente _____

Estudiante de Farmacia o Interno Técnico de Farmacia. Favor de incluir el horario de práctica.

1. _____ Univ. _____ Horario _____
2. _____ Univ. _____ Horario _____

Por la Ley 247 del 3 de septiembre de 2004, según enmendada, Ley de Farmacia de Puerto Rico, un farmacéutico podrá supervisar con relación a la dispensación de medicamentos en un mismo horario a no más de (5) cinco técnicos de farmacia, o a un (1) interno de farmacia o interno de técnico de farmacia, para un máximo de (5) cinco personas bajo su supervisión.

FECHA

FIRMA DEL FARMACÉUTICO

NOMBRE DE LA FARMACIA

DIRECCIÓN COMPLETA DE LA FARMACIA

RECORDATORIO: EL PRECEPTOR DEBE NOTIFICAR EL NÚMERO DE CERTIFICADO PERMANENTE DE LOS TÉCNICOS DE FARMACIA BAJO SU SUPERVISIÓN. SI SUPERVISA OTRO INTERNO ESTUDIANTE DE FARMACIA O TÉCNICO DE FARMACIA, DEBE INDICAR EL HORARIO DE ESE ESTUDIANTE Y EL MISMO NO PUEDE CONFLIGIR CON EL OTRO.

HORARIO DE PRÁCTICA DE FARMACIA DEL ESTUDIANTE

DÍAS	MAÑANA(A.M.)	TARDE (P.M.)	NOCHE (P.M.)	TOTAL DE HORAS
LUNES				
MARTES				
MIÉRCO- LES				
JUEVES				
VIERNES				
SÁBADO				
DOMINGO				
TOTAL DE HORAS SEMANALES				

COMENTARIOS: _____

Fecha

HORARIO DEL PRECEPTOR

Lunes _____

Martes _____

Miércoles _____

Jueves _____

Viernes _____

Sábado _____

Domingo _____

Firma del preceptor

Firma del solicitante

RECORDATORIO: EL PRECEPTOR DEBE NOTIFICAR EL NÚMERO DE CERTIFICADO PERMANENTE DE LOS TÉCNICOS DE FARMACIA BAJO SU SUPERVISIÓN. SI SUPERVISA OTRO ESTUDIANTE DE FARMACIA O INTERNO TÉCNICO DE FARMACIA DEBE INDICAR EL HORARIO DE ESE ESTUDIANTE Y EL MISMO NO PUEDE CONFLIGIR CON EL OTRO