



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Junta de Farmacia de Puerto Rico

P.O. Box 10200
San Juan, Puerto Rico 00908-0200
(787) 765-2929 ext. 6608, 6645
gildren.febus@salud.pr.gov

Hoja de Cotejo

SOLICITUD CERTIFICADO PARA ADMINISTRACION DE VACUNAS POR FARMACEUTICOS

Nombre: _____

- ____ 1. Solicitud cumplimentada en todas sus partes.
- ____ 2. Copia de Licencia Permanente de Farmacéutico.
- ____ 3. Copia de Tarjeta o Certificación de Registro de Profesionales.
- ____ 4. Copia de Certificación de Colegiación.
- ____ 5. Copia Certificación del Curso para la Administración de Vacunas.
- ____ 6. Copia del "Statement of Credit" (*Pharmacy-Based Immunization Delivery Self-Study 1.2 CEUs y Pharmacy-Based Immunization Delivery Live Seminar 0.8 CEUs*)
- ____ 7. Copia tarjeta de Curso de Resucitación Cardiopulmonar (CPR).
- ____ 8. Copia tarjeta de Curso de Administering Emergency Oxygen.
- ____ 9. Copia tarjeta de Curso de Bloodborne Pathogens Training: PDT.
- ____ 10. Pago de \$100.00 por derecho al certificado.
- ____ 11. Dos sobres pre-dirigidos con sello.

Recibido por: _____ Fecha: _____

**REQUISITOS QUE TIENE QUE ACOMPAÑAR CON LA SOLICITUD DE
CERTIFICACION PARA ADMINISTRACION DE VACUNAS POR
FARMACEUTICOS**

1. Someta la solicitud debidamente cumplimentada.
2. Copia de Licencia Permanente expedida por la Junta de Farmacia de Puerto Rico.
3. Copia de Tarjeta o Certificación de Registro expedido por la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud.
4. Copia de Certificación de Colegiación expedida por el Colegio de Farmacéuticos.
5. 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 tomo el curso, fecha de expedición y expiración del certificado. Debe incluir copia del certificado.
6. Copia del "Statement of Credit" (Pharmacy-Based Immunization Delivery Self-Study 1.2 CEUs y Pharmacy-Based Immunization Delivery Live Seminar 0.8 CEUs)
7. Certificado de Curso de Resucitación Cardiopulmonar (CPR). Incluir copia del Certificado.
8. Certificado del Curso de Administering Emergency Oxygen.
9. Certificado del Curso Bloodborne Pathogens Training: PDT.
10. Someta esta solicitud con un pago por la cantidad de \$100.00 por derecho al certificado.
11. Dos sobres pre-dirigidos con sello.

Firma del Solicitante: _____ Fecha _____

PAGINA 2

ACCIÓN TOMADA POR LA JUNTA

ESTA SOLICITUD HA SIDO:

APROBADA

DENEGADA

Presidente de la Junta

Miembro de Junta

Miembro de Junta

Miembro de Junta

Miembro de Junta

Fecha: _____

OBSERVACIONES: _____

Nombre del Solicitante _____