



## Formulario de Solicitud de Examen de Revalida Junta de Farmacia de Puerto Rico

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde

### Información Personal

\_\_\_\_\_  
**Primer Apellido**                      **Segundo Apellido**                      **Primer Nombre**                      **Inicial**

\_\_\_\_\_  
**Seguro Social**  
**\*Últimos 4 dígitos**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento**  
**dd/mm/yyyy**

**F**                       **M**

**Ciudadanía:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Teléfono Celular**                      **Teléfono Hogar**                      **Teléfono Trabajo**

\_\_\_\_\_  
**e-mail** Ejemplo: user@yahoo.com

**Información de Contacto**  
**Dirección Postal**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Examen:**

**INTEGRADO TÉCNICO DE  
FARMACIA**

\_\_\_\_\_  
**País, Ciudad, Código Postal**

**Número de Intento:** \_\_\_\_\_  
**Institución de Procedencia:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Para uso de la ORCPS: Certificado Permanente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Visto Bueno:** \_\_\_\_\_



# Solicitud de Examen Técnico de Farmacia

Numero de Certificado Interno Técnico de Farmacia: \_\_\_\_\_

Fecha de expedición: \_\_\_\_\_

Colegio donde Estudias \_\_\_\_\_ Año de Graduación \_\_\_\_\_

**ADHIERA  
FOTOGRAFIA  
RECIENTE,  
AUTOGRAFIADA  
TAMAÑO  
PASAPORTE**

## DECLARACION JURADA (AFFIDAVIT)

Estado o Territorio \_\_\_\_\_ Pueblo o  
ciudad de \_\_\_\_\_ yo,

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE**

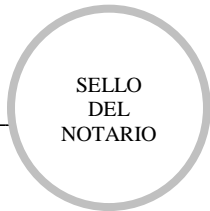
Bajo JURAMENTO expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud, que las declaraciones que la misma contiene son verídicas, que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y que fue tomada recientemente.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

JURADO Y SUSCRITO ANTE MÍ, hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de

\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, Puerto Rico, bajo mi firma y sello.

AFFIDAVIT NUM.: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO

**EL SOLICITANTE DEBERA LLENAR LOS SIGUIENTES ENCASILLADO**

(Llénese a maquinilla o letra de molde)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION POSTAL: \_\_\_\_\_

ULTIMOS CUATRO NUM. SEGURO SOCIAL #: \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ CEL. \_\_\_\_\_

FECHA DE NAC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LUGAR DE NAC.: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

NUMERO DEL CERTIFICADO DE INTERNO DE TECNICO DE FARMACIA: \_\_\_\_\_

FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO: \_\_\_\_\_

**Certificado de Solvencia Moral**

(Para ser firmado por ciudadanos que conozcan al solicitante personalmente)

CERTIFICAMOS QUE CONOCEMOS PERSONALMENTE A: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ desde hace \_\_\_\_\_ años y lo

consideramos persona que goza de buena reputación moral en la comunidad.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
DIRECCION

\_\_\_\_\_  
TELEFONO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
DIRECCION

\_\_\_\_\_  
TELEFONO

**CERTIFICACION DE APRENDIZAJE POR UN FARMACEUTICO  
AUTORIZADO**

(Para ser llenador por el Preceptor)

Por la presente certifico a la Honorable Junta de Farmacia de Puerto Rico que \_\_\_\_\_ trabajó como INTERNO DE TECNICO DE FARMACIA bajo mi personal dirección durante el período comprendido desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_, para un total de \_\_\_\_\_ años y/o \_\_\_\_\_ horas de práctica.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL FARMACEUTICO

\_\_\_\_\_  
NUM. LICENCIA

\_\_\_\_\_  
NUM. REGISTRO

Suscrito y jurado ante mí hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, Puerto Rico, bajo mi firma y sello.

AFFIDAVIT NUMERO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL NOTARIO PUBLICO

---

### CERTIFICACION DE APRENDIZAJE POR UN FARMACEUTICO AUTORIZADO

(Para ser llenador en caso de Cambio de Preceptor)

Por la presente certifico a la Honorable Junta de Farmacia de Puerto Rico que \_\_\_\_\_ trabajó como INTERNO DE TECNICO DE FARMACIA bajo mi personal dirección durante el período comprendido desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_, para un total de \_\_\_\_\_ años y/o \_\_\_\_\_ horas de práctica.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL FARMACEUTICO

\_\_\_\_\_  
NUM. LICENCIA

\_\_\_\_\_  
NUM. REGISTRO

Suscrito y jurado ante mí hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, Puerto Rico, bajo mi firma y sello.

AFFIDAVIT NUMERO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL NOTARIO PUBLICO

# Certificado Médico

Yo, \_\_\_\_\_, médico  
NOMBRE DEL MEDICO  
autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante la licencia número  
\_\_\_\_\_, expedida por el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto  
Rico.

Certifico que he examinado a \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL SOLICITANTE

Encontrándole en buen estado general de salud.

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MEDICO AUTORIZADO

# INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE

(REQUISITOS para acompañar con la solicitud)

## CURSO ACADEMICO:

1. Solicitud debidamente cumplimentada en todas sus partes.
2. Certificado Médico (Adjunto a solicitud cumplimentado por un Médico licenciado)
3. ORIGINAL Y COPIA del Diploma de Escuela Superior.
4. ORIGINAL Transcripción de Crédito de Escuela Superior y Certificación de haber aprobado un año de QUIMICA de Escuela Superior.
5. ORIGINAL Y COPIA del Diploma o Certificación del curso de Técnico de Farmacia.
6. ORIGINAL de Transcripción de Crédito del curso de Técnico de Farmacia, ésta deberá ser enviada por la Universidad o Colegio directamente a la Junta.
7. ORIGINAL del Horario de Practica debidamente desglosado y firmado por su preceptor.
8. ORIGINAL del Certificado de Interno de Técnico de Farmacia.
9. Certificado de Antecedentes Penales con hoja de validación (No más de 30 días de expedido).
10. ORIGINAL Y COPIA del Certificado de Nacimiento.
11. ORIGINAL Y COPIA del Seguro Social.
12. Puede realizar su pago con GIRO POSTAL O BANCARIO a favor del *Secretario de Hacienda* por la cantidad de **\$150.00** dólares en nuestras oficinas. También pueden realizar el pago mediante ATH, VISA o MASTERCARD.
13. GIRO POSTAL por la cantidad de **\$60.00** a nombre del **DIDAXIS**. También pueden realizar el pago mediante ATH, VISA o MASTERCARD. Los centros de pago son los siguientes:
  - ✚ 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](http://www.didaxispr.com)
14. Un sobre pre-dirigidos con sello.

**NOTA: NO SE ACEPTARAN SOLICITUDES INCOMPLETAS,  
NI DESPUES DE LA FECHA LÍMITE**