



Formulario de Solicitud de Re-Examen de Reválida

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:

LEGISLACIÓN FARMACÉUTICA

País, Ciudad, Código Postal

Número de Intento: _____

Institución de Procedencia: _____

Para uso de la ORCPS: Certificado Permanente: _____ Fecha: _____

Visto Bueno: _____



Solicitud de Re-Examen – Farmacéutico

FECHA: _____

NOMBRE: _____

DIRECCION POSTAL: _____


TELÉFONOS: _____ SEGURO SOCIAL: _____

E-MAIL: _____

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. También se aceptan tarjeta 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. El centro de pago es el siguiente:
 **Didaxis Centro Metro**, Club Rotario de Río Piedras, Urb. Caribe, 1609 Calle Ponce de León Carr. Núm. 1 de Río Piedras, P.R. 00928. Tel. (787) 296-8385. **NO SE ACEPTA EFECTIVO NI CHEQUES PERSONALES.** www.didaxispr.com
3. CERTIFICADO ORIGINAL DE ANTECEDENTES PENALES expedido por la Policía de Puerto Rico con no más de tres (3) meses de antelación a la fecha que solicita examen.
4. CERTIFICADO MEDICO (Adjunto se acompaña solicitud para ser cumplimentada por un Médico licenciado)
5. UN SOBRE pre-dirigido con sello.

**NO ACEPTARAN SOLICITUDES INCOMPLETAS
NI DESPUES DE LA FECHA LÍMITE**



Certificado Médico

Yo, _____, médico autorizado a ejercer en
NOMBRE DEL MEDICO

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