DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO
Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud

DIVISION DE MEDICAMENTOS Y FARMACIA
SOLICITUD DE AUTORIZACION ESPECIAL PARA VACUNAS

Fecha de radicación_____/_____/_____
día mes año

Autorización Especial Núm._____

Vigencia_____

A. INFORMACION CONCERNIENTE A LA FARMACIA

[ ]NUEVA CREACION *[ ]RENOVACION*

Nombre:_____

Dirección Física: _____

Dirección Postal: _____
(si es la misma favor de indicarlo)

Número de Licencia de Farmacia y de Productos Biológicos con su vigencia:

_____ _____

Número de Teléfono: ( ) _____ Número de Fax ( ) _____

Correo Electrónico: _____

Horario de Ofrecimiento de Servicio de Vacunación;

lunes:_____(am)_____(pm) *martes:_____ (am) _____(pm)* *miércoles:_____(am)_____(pm)*

jueves: :_____(am)_____(pm) *viernes: :_____(am)_____(pm)* *sábado: :_____(am)_____(pm)*

domingo: :_____(am)_____(pm)

B. INFORMACION CONCERNIENTE AL DUEÑO DE LA FARMACIA

Nombre:_____

Dirección Física: _____

Dirección Postal: _____
(si es la misma favor de indicarlo)

Número de Teléfono: ( ) _____ Número de Fax ( ) _____

Correo Electrónico: _____

C. INFORMACION SOBRE EL FARMACEUTICO AUTORIZADO PARA VACUNAR:

Nombre:_____ Núm. Licencia_____ Registro Profesional_____

Dirección Física:
_____

Dirección Postal:
_____
(si es la misma favor de indicarlo)

Certificación para Administrar vacunas (Junta de Farmacia) #_____ Vigencia_____

Número de Teléfono: ( ) _____ Número de Fax ( ) _____

Correo Electrónico: _____

D. INCLUIR COPIA DE:

1. *Licencia de Farmacia y Biológico vigente.*
2. *Normas y Procedimientos para Administración de Vacunas.*
3. *Certificado de Resucitación Cardiopulmonar.*
4. *Guías para Manejo y Almacenaje de Vacunas.*
5. *Seguro de Responsabilidad por daños al paciente.*
6. *Certificado para la administración de vacunas emitido por la Junta de Farmacia.*
7. *Contrato para recoger desperdicios Biomédicos.*
8. *Número de identificación como generador de Desperdicios Biomédicos (Junta de Calidad Ambiental, Tel. 787-767-8181)*

CERTIFICACION

Advertencia: Cualquier información provista en esta solicitud que resulte ser falsa podrá dar base al Departamento de Salud para la imposición de multas, suspensión o revocación de la autorización otorgada.

Yo _____ mayor de edad, vecino de _____ certifico que toda la información que antecede en esta solicitud es la Verdad.

Hoy _____ de _____ de 20_____

_____
_____
Puesto que ocupa *Firma*

Incluir cheque certificado o giro postal a nombre del Secretaio de Hacienda por $50.00.

USO OFICIAL

Fecha de Evaluación: _____ Aprobado ( ) Denegado ( )

Inspector:_____
Razón(es)_____