Rev. 9194

Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción
División para el Control de Drogas y Narcóticos

SOLICITUD DE INSCRIPCION

(Ley # 4, aprobada el 23 de junio de 1971)

(Vea Instrucciones al dorso)

1. _____ _____
(**Nombre de la persona natural o jurídica)** **(Núm. de Seguro Social)**

2. Dirección del negocio: _____
_____ , Teléfono, _____

3. Dirección residencial: _____
_____ Teléfono: _____

4. ¿Ha residido fuera de Puerto Rico? ☐ Si ☐ No
En caso que sea afirmativo, indique año y lugar: _____

5. Registro solicitado:
a. ☐ Fabricante (Derecho a pagar $ 500.00)
b. ☐ Distribuidor (Derecho apagar $ 300.00)
c. ☐ Dispensador Farmacia (Derecho a pagar $200.00)
d. ☐ Dispensador Hospital (Derecho a pagar $200.00.)
e. ☐ Doctores, Veterinarios, Dentista (Derecho a pagar $100.00)
f. ☐ Laboratorios (Derecho a pagar $75.00) _____
(**Extentos**)
g. ☐ Otros: _____

6. Clases de Sustancias Controladas a registrarse:

	(Uso No-médico)	
☐ Clasificación I		
☐ Clasificación II	☐ Narcóticos	☐ No-Narcóticos
☐ Clasificación III	☐ Narcóticos	☐ No-Narcóticos
☐ Clasificación IV	☐ Narcóticos	☐ No-Narcóticos
☐ Clasificación V		

7. Número de Certificación de la Junta Examinadora de Médicos _____ o Certificado de Registro Anual de Farmacéutico _____. (**Acompañe copia)**

INFORMACION ADICIONAL QUE DEBEN SUMINISTRAR LOS NUEVOS REGISTROS DE SUSTANCIAS CONTROLADAS:

1. Escuela donde obtuvo el grado: _____
Lugar: _____ Fecha: _____
2. Fecha de Reválida: _____
3. Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento _____
4. Especialidad, si tiene alguna: _____
Donde la obtuvo: _____ Fecha: _____

_____ _____
(**Fecha)** (**Firma del Solicitante.)**

_____ _____
(Número de Registro asignado) **(Firma de un miembro u oficial Principal si se trata de un Trabajador Social o corporación)**