



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN  
CERTIFICADO DE REGISTRO SUSTANCIAS CONTROLADAS  
ESTABLECIMIENTO**

Farmacia, Hospital, Fabricante, Distribuidor, Laboratorio, Educadores e Investigadores, Importador y Exportador, Retro-distribuidor, Dispensador Ambulancia, Almacén

**I. DATOS DEL DUEÑO O CORPORACIÓN**

1. \_\_\_\_\_  
Nombre de la Persona Natural o jurídica Número de Registro Asignado
  
2. Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ 3. Numero Seguro Social Patronal \_\_\_\_\_
  
4. Dirección del negocio: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_
  
5. Dirección Postal del Registrado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
6. Correo electrónico: \_\_\_\_\_
  
7. Dirección donde desea recibir la correspondencia: ( ) Negocio ( ) Postal
  
8. Registro Solicitado:
 

( ) Farmacia \$300.00	( ) Distribuidor \$1,500.00
( ) Hospital \$300.00	( ) Fabricante \$1,500.00
( ) Laboratorio \$200.00	( ) Retro-distribuidor \$ 1,500.00
( ) Educadores e Investigadores \$ 200.00	( ) Importador y Exportador \$ 2,000.00
( ) Dispensador de Ambulancia \$ 500.00	

Sector Público:

( ) Hospital \$100.00	( ) Investigadores y Educadores \$ 75.00
( ) Dispensario \$ 100.00	( ) Laboratorio \$50.00
( ) Almacén \$ 75.00	
  
9. Clasificación de Sustancias Controladas, incluyendo las narcóticas a registrar:  
( ) Clasificación II ( ) Clasificación III ( ) Clasificación IV ( ) Clasificación V
  
10. Número de Licencia de la Junta de Profesionales de Salud \_\_\_\_\_ (acompañe copia).

La información suministrada en este documento es correcta. De ser falsa conlleva la denegación del registro, conforme al Artículo 304 (2) de la Ley # 4 de Sustancias Controladas de Puerto Rico.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante o persona autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha de Solicitud

**II. DECLARACION JURADA**

Marque con una (X) la afirmación aplicable:

- 1. ( ) He sido; ( ) No he sido, convicto por algún delito grave.
- 2. ( ) He sido; ( ) No he sido, convicto de delito que implique depravación moral.
- 3. ( ) He sido; ( ) No he sido, convicto de violar la Ley #4 aprobada el 23 de junio de 1971 conocida como Ley de Sustancias Controladas de Puerto Rico o cualquier Ley local, federal, estatal o cualquier Ley de un país extranjero relacionada con cualquier sustancia definida en esta Ley como una sustancia controlada. Si en la afirmativa, indique si han pasado cinco (5) años desde que terminó de cumplir dicha sentencia; ( ) Si ( ) No.
- 4. ( ) He sido; ( ) No he sido, un adicto a drogas narcóticas y de acuerdo con mi mejor saber y entender, mis empleados tampoco lo son.
- 5. ( ) Si ( ) No ( ) N/A; la planta física del establecimiento descrito en la solicitud está provista con las facilidades necesarias para proteger y guardar las sustancias controladas cuya custodia le será confiada al solicitante, de conformidad con los reglamentos promulgados por el Departamento de Salud, a tales efectos.
- 6. ( ) Estoy ( ) No estoy, debidamente autorizado para operar en el establecimiento descrito en la solicitud según las leyes vigentes.

Affidávit Núm. \_\_\_\_\_

( ) Jurado ( ) Suscrito ante mí por \_\_\_\_\_ de las circunstancias  
(Nombre del Registrado)

antes mencionadas, a quien conozco personalmente e identifiqué mediante ( ) Licencia de conducir, ( ) Pasaporte,

( ) Otra \_\_\_\_\_, número \_\_\_\_\_. Hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. En \_\_\_\_\_,  
(especifique) (día) (mes) (año) (Municipio)

Puerto Rico.

\_\_\_\_\_  
Funcionario Autorizado

Notario Público