

Programa de Vacunas para los Niños (VFC)

Formulario para determinar la elegibilidad del paciente

Sector Privado

Favor de escribir a máquina o en letra de molde	Fecha:
Nombre del niño(a)	
Apellido	Nombre de pila
Fecha de nacimiento: / /	
mes día año	
Padre/tutor, guardián	
Apellido	Nombre de pila:
Nombre del proveedor de servicios médicos:	

☐ El niño(a) nombrado arriba califica para recibir las vacunas por el programa VFC porque su padre/tutor declara que:

Escoja sólo uno de los siguientes. (Nota: Si el niño(a) califica en más de una categoría, marque sólo la primera.)

- ____ 1. Es elegible para el Programa de Salud de Niños y Jóvenes para Prevención de Incapacidades (CHDP) o Medi-Cal; o
- ____ 2. No tiene seguro de salud particular; o
- ____ 3. Es indio norteamericano o nativo de Alaska.

☐ El niño nombrado arriba no califica para vacunas del programa VFC. (Este incluye los niños que tengan seguro de salud ya sea que pague las vacunas o no, y suscriptores al "Healthy Families Program.")

Notas

1. Este formulario documenta el estado de elegibilidad del niño(a) nombrado arriba quien fue vacunado con vacuna(s) comprada por el programa VFC.
2. Se puede usar este mismo formulario para todas las visitas del niño en el futuro, siempre que no cambie el estado de elegibilidad.
3. El proveedor de servicios médicos debe guardar este formulario para el niño elegible para VFC por no menos de 3 años y tenerlo disponible para funcionarios del gobierno estatal o federal si se lo piden. Si se usa este formulario para vacunas del programa VFC en el futuro, el período de 3 años empieza en la fecha de la última vacuna dada del programa VFC. (Para los niños no elegibles para el programa VFC, la retención del formulario es opcional.)
4. Este formulario puede ser llenado por el padre o tutor del niño (o por el paciente mismo si tiene 18 años o más o es menor independiente).
5. No es necesario verificar las respuestas.