

Programa de Vacunas para los Niños de Texas (TVFC) Registro de determinación del derecho a la participación del paciente

En el consultorio de un proveedor de salud debe mantenerse un registro de determinación del derecho a la participación de todos los niños de 18 años de edad o menos que reciban inmunizaciones por medio del Programa TVFC. Dicho registro lo puede rellenar el padre o la madre, el tutor, el individuo cuyo nombre consta en el registro o el proveedor de salud. En cada visita de inmunización debe determinarse y documentarse el derecho a la participación en el programa TVFC para asegurarse de que la persona tenga derecho a participar en el programa. Aunque no se requiere verificar las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, por cada niño que reciba vacunas bajo el Programa TVFC.

1. Nombre del niño o niña: _____
Apellido Primer nombre Inicial del 2.º nombre

2. Fecha de nacimiento del niño o niña: _____
mm/dd/aaaa

3. Padre o madre, tutor o individuo cuyo nombre consta en el registro: _____
Apellido Primer nombre Inicial del 2.º nombre

4. Nombre del proveedor o de la clínica: _____

5. Para determinar si un niño o niña (de 0 a 18 años de edad) cumple los requisitos estatales o federales para recibir las vacunas mediante el Programa TVFC, en cada inmunización o visita médica anote la fecha y marque la categoría apropiada de derecho a la participación. *Si se ha marcado una columna de la A a la F, el niño o niña tiene derecho a participar en el programa TVFC. Si se ha marcado la columna G, el niño o niña no reúne los requisitos para participar en el programa TVFC.*

	Con derecho a participar en el Programa de vacunas VFC				Con derecho a participación estatal		No cumple los requisitos para participar
	A	B	C	D	E	F	G
Fecha	Inscrito en Medicaid	No tiene seguro médico	Indio americano o nativo de Alaska	*Con seguro insuficiente, recibe atención de un FQHC, una RHC o un proveedor autorizado	**Inscrito en el CHIP	***Otras situaciones de seguro insuficiente	Tiene seguro médico que cubre las vacunas
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medicaid: Número del Medicaid: _____ Fecha en que adquirió el derecho a la participación: _____	CHIP: Número del CHIP: _____ Número del grupo: _____ Fecha en que adquirió el derecho a la participación: _____
--	---

Seguro privado: Nombre de la aseguradora: _____ Nombre del seguro: _____	Número de contacto de la aseguradora: _____ Número de póliza o del asegurado: _____
---	--