



PROGRAMA DE VACUNAS PARA NIÑOS DE TEXAS (o TVFC)

REGISTRO DE DETERMINACIÓN DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE

PARA USO DE LA CLÍNICA
CLINIC USE ONLY:
TVFC Eligible:
[] Yes [] No
Screener's Initials

Debe mantenerse el registro de todos los niños de 18 años de edad o menos que reciban inmunizaciones mediante el Programa de Vacunas para Niños de Texas en el consultorio del proveedor de salud. El registro lo puede rellenar el padre o madre, el tutor, el individuo que consta en el registro, o el proveedor de salud. La determinación del derecho a la participación del TVFC debe realizarse en cada consulta de inmunización para asegurarse de que el derecho a la participación del niño no ha cambiado. El mismo registro cumplirá con los requisitos de todas las vacunas posteriores, en tanto el derecho a la participación del niño no haya cambiado. Si cambia el derecho a la participación del paciente, debe rellenarse un nuevo formulario. Aunque la verificación de las respuestas no se requiere, es necesario quedarse con este registro, o uno similar, para cada niño que reciba vacunas bajo el Programa de TVFC.

Fecha de la determinación: _____ (mm/dd/aaaa)

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

Fecha de nacimiento del niño: _____ Edad: _____
(mm/dd/aaaa)

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

Nombre del proveedor o de la clínica: _____ Número telefónico: (____) _____
Código de área + el número

Marque la primera categoría que corresponda; marque sólo una.

(a) [] Está inscrito en Medicaid, o

Número de Medicaid: _____ Fecha del derecho a la participación (mm/dd/aaaa)

(b) [] Es paciente que recibe prestaciones del Plan de Seguro Médico Infantil (o CHIP), o bien

Número de CHIP: _____ Fecha del derecho a la participación (mm/dd/aaaa)

(c) [] Es indio americano, o

(d) [] Es nativo de Alaska, o

(e) [] No tiene seguro médico (no asegurado), o

(f) [] Está subasegurado:

[] 1) tiene seguro médico comercial (privado), pero la cobertura no incluye las vacunas; o

[] 2) el seguro cubre sólo algunas vacunas (reúne los requisitos del TVFC sólo para las vacunas no cubiertas); o

[] 3) el seguro limita la cobertura de las vacunas a cierta cantidad. Una vez alcanzada esa cantidad de cobertura, se categorizará al niño como subasegurado.

(g) [] Tiene seguro privado que cubre las vacunas:

Nombre del asegurador: _____ Número de contacto del asegurador: (____) _____
Código de área + el número

Número de póliza/suscriptor: _____ Número del grupo (de ser aplicable): _____

NOTA: Falsificar información en este documento a sabiendas constituye un fraude. Al firmar este formulario, por este medio doy fe que la información es verdadera y correcta. Yo declaro que la persona nombrada arriba es una persona autorizada y reúne los requisitos para recibir vacunas del TVFC.

Firma: _____ Fecha: _____ (mm/dd/aaaa)

Con ciertas excepciones, tiene derecho a pedir y a ser informado sobre la información que el estado de Texas reúne sobre usted. Tiene derecho a recibir y examinar la información al pedirla. También tiene derecho a pedir a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine es incorrecta. Consulte http://www.dshs.state.tx.us para obtener más información sobre la notificación de privacidad. (Referencia: Código gubernamental, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

