



CONNECTICUT VACCINE PROGRAM Formulario Para La Elegibilidad del Paciente



Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre de Padres/tutores: _____

Proveedor de Servicios: _____

Este paciente califica para inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas de Connecticut porque él / ella tiene menos de 19 años y (marque solamente uno):

Elegible para CVP:

- (A) Está registrado en Medicaid (Husky A)
- (B) No tiene seguro médico / pago propio
- (C) Es Indio Americano o persona nacida en Alaska
- (D) Seguro limitado (tiene seguro que no cubre las vacunas o solo cubre selección de vacunas) y es un paciente de un Centro de Salud que sea calificado federalmente (FQHC). Estos pacientes pueden recibir todas las vacunas en el Centro calificado federalmente FQHC.

Estado elegible:

- (E) Seguro limitado (tiene seguro que no cubre las vacunas o solo cubre selección de vacunas) y es un paciente de una oficina de los proveedores de salud privado. Estos pacientes pueden recibir todas las vacunas en su oficina de proveedor de salud privado.
- (F) Está registrado en S-CHIP (Husky B)
- (G) *Seguro privado

*Pacientes que tienen **seguro privado** pueden recibir toda las vacunas del programa CVP excepto la vacuna Rotavirus, la Influenza de 5 a 18 años de edad, la vacuna meningococo el grupo b, y el virus del papiloma humano (VPH) de 9 a 10, y 13 a 18 años de edad. Estas vacunas son disponibles solamente para los pacientes en las categorías A, B, C, D, E, y F.

Un historial debe de mantenerse guardado en la oficina del proveedor médico que refleje el estado de todos los pacientes que tengan 18 años o menos que reciben vacunas del programa CVP. El historial puede ser completado por los padres, tutores, o individual del historial, o por el proveedor médico. El historial no tiene que estar al día a menos que el estado del niño o niña ha cambiado. Mientras que la verificación de respuesta no es requerido, si es necesario retener este historial o uno similar para cada paciente que recibe una vacuna.

La Elegibilidad del Paciente debe ser verificada y documentada en **cada visita de inmunización**. Por favor documente que el formulario de elegibilidad fue verificado con las iniciales de la persona que realizo el cribado. Si los resultados sobre las preguntas de arriba (A-G) han cambiado, por favor complete un formulario de elegibilidad nuevo.

Fecha de examen (mes/dia/año)	Iniciales

Fecha de examen (mes/dia/año)	Iniciales