



**PROGRAMA DE VACUNAS PARA NIÑOS DE TEXAS (o TVFC)
REGISTRO DE DETERMINACIÓN DEL DERECHO
A LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE**

Debe mantenerse un registro de todos los niños de 18 años de edad o menos que reciban inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas para Niños de Texas en el consultorio de un proveedor de salud. 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 deben asegurarse de que el niño siga teniendo derecho a participar en el TVFC. Este mismo registro satisfará los requisitos para todas las vacunaciones posteriores, en tanto el niño siga teniendo derecho a participar. Si cambiara el derecho a la participación del paciente, debe rellenarse un nuevo formulario. Aunque no se requiere verificar las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, por 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 cuyo nombre consta en el registro: _____
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre

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 indio americano, o

(c) Es nativo de Alaska, o

(d) No tiene seguro médico (no está asegurado), o

(e) Es un paciente y recibe prestaciones del Plan de Seguro Médico Infantil (o CHIP) y lo están atendiendo en un complejo que cobra al CHIP, o

Número de CHIP: _____ Fecha en que adquirió el derecho a la participación (mm/dd/aaaa)

(f) Está subasegurado:

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

2) El seguro sólo cubre ciertas vacunas (reúne los requisitos del TVFC sólo para las vacunas no cubiertas); o

3) El seguro limita la cobertura de vacunas a cierta cantidad. Una vez alcanzada dicha cantidad cubierta, 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 y el número

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

NOTA: El que falsifique a sabiendas la información en este documento constituye un fraude. Al firmar el formulario, doy fe de que la información de arriba es verídica y correcta. Declaro que la persona antes mencionada es la persona autorizada y reúne los requisitos para recibir vacunas por medio 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)

Sólo para uso de la clínica (Clinic Use Only)

I certify any services for CHIP members will be billed to CHIP; Yes No

TVFC Eligible: Yes No

Screener's Initials: _____