

**TEXAS VACCINES FOR CHILDREN PROGRAM (TVFC)
PATIENT ELIGIBILITY SCREENING RECORD**

CLINIC USE ONLY:

TVFC Eligible:

Yes No

A record must be kept in the office of the health care provider that reflects the status of all children 18 years of age or younger who receive immunizations through the Texas Vaccines for Children Program. The record may be completed by the parent, guardian, or individual of record. This same record may be used for all subsequent visits as long as the child's eligibility status has not changed. If patient eligibility changes, a new form must be completed. While verification of responses is not required, it is necessary to retain this or a similar eligibility screening record for each child receiving vaccines under the TVFC Program.

Date of Screening: _____

Child's Name: _____
Last Name First Name MI

Child's Date of Birth: _____ Age: _____
mm/dd/yy

Parent/Guardian/Individual of Record: _____
Last Name First Name MI

Provider's/Clinic's Name: _____

Please check the first category that applies; check only one.

- (a) Is enrolled in Medicaid, or
- (b) Does not have health insurance (uninsured), or
- (c) Is an American Indian, or
- (d) Is an Alaskan Native, or
- (e) Is a patient who receives benefits from the Children's Health Insurance Plan (CHIP), or
- (f) Is underinsured: 1) has commercial (private) health insurance, but coverage does not include vaccines; or 2) insurance covers only selected vaccines (TVFC-eligible for non-covered vaccines only); or 3) insurance caps vaccine coverage at a certain amount. Once that coverage amount is reached, the child is categorized as underinsured.

Fully, privately insured children are no longer eligible for TVFC vaccine.

(g) Has private insurance that covers vaccines (not TVFC eligible).

Signature: _____ Date: _____

With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.state.tx.us> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

**PROGRAMA DE VACUNAS PARA NIÑOS DE TEXAS
REGISTRO DE DETERMINACIÓN DEL DERECHO A LA
PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE**

SÓLO PARA USO CLÍNICO:	
TVFC Eligible:	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Debe mantenerse un registro en el consultorio del proveedor de salud que refleje el estado de todos los niños de 18 años de edad o menos que reciban inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas para Niños de Texas (o TVFC). Dicho registro lo puede rellenar el padre o la madre, el tutor o el individuo que consta en el registro. Puede usarse el mismo registro para todas las consultas posteriores, en tanto el estado del derecho a la participación del niño no haya cambiado. Si cambia el derecho a la participación del paciente, debe rellenarse un nuevo formulario. Aunque no se requiere la verificación de las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, de determinación del derecho a la participación para cada niño que reciba vacunas bajo el Programa de TVFC.

Fecha de la determinación: _____

Nombre del niño: _____

Apellido
Primer Nombre
Inicial del 2.º nombre

Fecha de nacimiento del niño: _____ Edad: _____
mm/dd/aa

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:

Marque la primera categoría que corresponda; marque sólo una.

- (a) Está inscrito en Medicaid, o
- (b) No tiene seguro médico (no asegurado), o
- (c) Es indio americano, o
- (d) Es nativo de Alaska, o
- (e) Es un paciente que recibe prestaciones del Plan de Seguro Médico Infantil (o CHIP), o
- (f) Está subasegurado: 1) tiene seguro médico comercial (privado), pero la cobertura no incluye las vacunas; 2) el seguro cubre sólo algunas vacunas elegidas (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 de cobertura, se categorizará al niño como subasegurado.

Los niños que tienen seguro total, privado ya no reúnen los requisitos de las vacunas por medio del TVFC.

<input type="checkbox"/> (g) Tiene seguro privado que cubre las vacunas (no reúne los requisitos del TVFC).

Firma: _____ Fecha: _____

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)

