



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

CLINIC USE ONLY:	
TVFC Eligible:	
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
_____ Screener's Initials	

A record of all children 18 years of age or younger who receive immunizations through the Texas Vaccines for Children Program must be kept in the health care provider's office. The record may be completed by the parent, guardian, individual of record, or by the health care provider. TVFC eligibility screening must take place with each immunization visit to ensure the child's eligibility status has not changed. This same record will satisfy the requirements for all subsequent vaccinations, as long as the child's eligibility 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 record for each child receiving vaccines under the TVFC Program.

Date of Screening: _____
mm/dd/yyyy

Child's Name: _____
Last Name First Name MI

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

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

Provider's Name/Clinic's Name: _____ Phone Number: (_____) _____
Area Code + number

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

(a) Is enrolled in Medicaid, or

Medicaid Number: _____ Date of Eligibility (mm/dd/yyyy) _____

(b) Is a patient who receives benefits from the Children's Health Insurance Plan (CHIP), or

CHIP Number: _____ Date of Eligibility (mm/dd/yyyy) _____

(c) Is an American Indian, or

(d) Is an Alaskan Native, or

(e) Does not have health insurance (uninsured), 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.

(g) Has private insurance that covers vaccines:

Name of Insurer: _____ Insurer Contact Number: (_____) _____
Area Code + number

Policy/Subscriber Number: _____ Group Number (if applicable): _____

NOTE: Knowingly falsifying information on this document constitutes fraud. By signing this form, I hereby attest that the above information is true and correct. I declare that the person named above is an authorized person and is eligible to receive TVFC vaccines.

Signature: _____

Date: _____
(mm/dd/yyyy)

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 (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)