**Información del paciente**  Fecha de servicio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAIR# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (mes/día/año) \_\_­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_Sexo \_\_\_Primer nombre de la madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico ­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Elegibilidad del Programa 317**

**(adultos mayores de 19 años)**

Las siguientes declaraciones nos ayudarán a determinar si puede recibir vacunas a través del programa estatal 317.

**Marque la categoría correspondiente para la persona que va a recibir la vacuna:**

□ 1. La persona no tiene seguro (no tiene seguro

 médico privado)

□ 2. La persona tiene seguro limitado, el paciente

 tiene seguro médico, pero:

* No cubre vacunas
* No cubre ciertas vacunas o
* Cubre vacunas con un límite de dólares fijo

 que se ha alcanzado

**Elegibilidad para el programa de Vacunas Para Niños (VFC)**

**(niños menores de 18 años)**

Las siguientes declaraciones nos ayudaran a determinar si su hijo/a puede recibir vacunas a través del Programa de Vacunas para Niños (VFC).

 **Marque la categoría correspondiente para el niño que**

 **recibirá la vacuna:**

□ 1. Tiene Medi-Cal o el Programa de Salud y Discapacidad Infantil (CHDP)

□ 2. El niño no tiene seguro (no tiene seguro médico privado)

□ 3. El niño es Indio Americano o Nativo de Alaska

**Persona Responsable**

□ Igual que Paciente □ Padres □ Padres adoptivo (**se requieren documentos de tutela**) □ Tutor Legal (**se requieren documentos de tutela**)

Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico ­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Idioma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Origen Étnico Raza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Idioma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

□ Hispano □ Asiático □ Nativo de Alaska □ Ingles

□ No-Hispano □ Afroamericano □ Indio Americano □ Español

□ Desconocido □ Blanco □ Nativo de Hawái □ Hmong

 □ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Isleño del Pacifico □ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 razaIdioma

□ Hispanos□ asiáticos□ nativos de Alaska□ inglés

□ No hispanos□ negros / afroamericanos□ indios americanos□ españoles

□ Desconocido□ Blanco□ Nativo Hawaiano □ Hmong

 □ Otros \_\_□ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Seguros Privados**

**Niños y Adultos**

El Programa de Inmunización no cuenta con la habilidad para facturar al seguro privado. Si su hijo está cubierto por un seguro privado, es posible que deba pager de su bolsillo.

□ Seguro privado

(Las dosis pediátricas privadas generalmente se limitan a: Tdap, varicela, MMR y polio; consulte con el personal de la clínica para confirmar la disponibilidad.)

**Seguro de salud e información de elegibilidad** *(seleccione uno)*

Si es elegible para el programa de VFC/317 y no puede pagar los servicios hoy, NO será rechazado. Por favor de hablar con la recepcionista en la ventana.

**¿Para qué se necesitan las vacunas?** *(seleccione todos los que correspondan)*

□ Vacunación de rutina □ Vacunación vencida □ Vacunación requerida para la escuela/trabajo

□ Vacunación requerida para un viaje □ Vacunación requerida para la inmigración

**Información del proveedor de atención primaria**

Nombre de la Clínica Primaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Doctor de Cabecera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vaccine Type** *(select all that apply)*

 □ VFC □ 317 □ State □ Private

**Form of Payment**

 □ Medical □ Cash □ Check □ CC □ Fee Reduction (**form attached**) □ Waiver (**form attached**)

**Type of Insurance**

 □ Not Insured □ Medi-Cal □ Underinsured - **18 and under** *must be referred to a FQHC or RNC*

 □ Private Insurance □ Anthem Blue Cross (Managed Care) □ Underinsured - **19 and over** *317 eligible with proper documentation*

 □ Health Net/Cal-Viva (Managed Care)

**Consentimiento Para Ser Vacunado**

Me han entregado una copia y he leído, o me han explicado, la información contenida en las Declaraciones de Información Sobre Vacunas o las Declaraciones de Información Importante Correspondientes Sobre las Enfermedades y Vacunas que se indican a continuación. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y solicito que la(s) vacuna(s) indicadas a continuación se me administren a mí o al niño/adulto mencionado anteriormente para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud.

Escriba Nombre Completo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ COVID □ Influenza □ PCV □ Rotavirus □ Yellow Fever

□ DTaP □ JYNNEOS □ Pediarix (DTaP, HepB, & IPV) □ Shingrix (Shingles) □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Hep A □ Kinrix (DTaP & IPV) □ Polio □ Tdap □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Hep B □ MenACWY □ PPD (TB Test) □ Twinrix (Hep A & B) □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Hib □ Meningitis B (Bexero) □ PPSV23 □ Typhoid □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ HPV □ MMR □ Proquad (MMRV) □ Varicella □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_