

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

CLINIC USE ONLY:	
TVFC Eligible:	
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

Purpose: To determine eligibility and the source of funds for the Texas Department of State Health Services to be reimbursed for vaccines. 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. While verification of responses is not required, it is necessary to retain this or a similar record for each child receiving vaccines.

Date of Screening: _____

Child's Name:

Last Name	First Name	MI
-----------	------------	----

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

Parent/Guardian/Individual of Record:

Last Name	First Name	M
-----------	------------	---

Provider's/Clinic's Name:

Please select one of the following categories (check the first category that applies, check only one) to determine if the child is TVFC eligible:

- (a) is enrolled in Medicaid, or
- (b) does not have health insurance, 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 (has health insurance that **Does Not** pay for vaccines, has a co-pay or deductible the family cannot meet, or has insurance that provides limited wellness or prevention coverage), or
- (g) is a patient who is served by any type of public health clinic and does not meet any of the above criteria (a-f), or
- (h) has private insurance, or is paying for services.

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)

TEXAS VACCINES FOR CHILDREN PROGRAM (TVFC)
[EL PROGRAMA DE VACUNAS PARA LOS NIÑOS DE TEXAS,
TVFC, por sus siglas en inglés]
ARCHIVO QUE DETERMINA LA ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE

uso de la clínica solamente: (CLINIC USE ONLY): TVFC Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Propósito: El determinar la elegibilidad y el origen de los fondos para rembolsar al *Texas Department of State Health Services* (Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas) por las vacunas. Un archivo debe guardarse en la oficina del proveedor de atención médica, el cual refleja el estatus de todos los niños de 18 años de edad o menores quienes reciben inmunizaciones a través del Programa de Vacunas Para los Niños de Texas. El formulario puede ser llenado por el padre, la madre, el tutor legal o el individuo del registro. Este mismo formulario puede utilizarse para todas las visitas subsiguientes con tal de que el estatus de elegibilidad del niño no haya cambiado. Aunque la verificación de las respuestas no es requerida, es necesario retener éste, o un archivo similar, para cada niño que reciba vacunas.

Fecha de determinación: _____

Nombre del niño:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
----------	---------------	----------------------------

Fecha de nacimiento del niño: _____
(mes/día/año)

Padre / Madre / Tutor legal / Individuo del registro:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
----------	---------------	----------------------------

Nombre del proveedor / nombre de la clínica:

Sírvase seleccionar una de las categorías siguientes (marque la primera categoría que se aplica; marque solamente una) para determinar si el niño cumple los requisitos para recibir vacunas del TVFC:

- (a) está inscrito en Medicaid, o
- (b) no tiene seguro médico, o
- (c) es Indio-Americano, o
- (d) es nativo de Alaska, o
- (e) es un paciente que recibe beneficios del *Children's Health Insurance Plan* (Plan de seguro médico para niños, *CHIP*, por sus siglas en inglés), o
- (f) no tiene seguro médico suficiente (tiene seguro médico que **NO** paga por las vacunas; tiene un co-pago o un deducible que la familia no puede pagar; o tiene un seguro que proporciona una cobertura limitada para el bienestar o la prevención), o
- (g) es un paciente que recibe servicios de cualquier clínica de salud pública y no reúne ninguno de los criterios indicados anteriormente (a-f), o
- (h) tiene seguro privado o está pagando por servicios.

Firma: _____ Fecha: _____

Con pocas excepciones, usted tiene el derecho a pedir y ser informado(a) sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. Usted tiene el derecho a recibir y examinar la información al pedirla. Usted también tiene el derecho a pedirle a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determina ser incorrecta. Vaya a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información acerca de la Notificación sobre la Privacidad. (Referencia: *Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004*)