



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

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

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 an American Indian, or

(c) Is an Alaskan Native, or

(d) Does not have health insurance (uninsured), or

(e) Is a patient who receives benefits from the Children's Health Insurance Plan (CHIP) and is being seen at a facility that bills CHIP, or

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

(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)

Clinic Use Only

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

TVFC Eligible: Yes No

Screener's Initials: _____



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: _____