D H E C
PROMOTE PROTECT PROSPER

Programa de vacunación para niños en Carolina del Sur [SC VFC]
Formulario para determinar la elegibilidad del paciente

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____
(**Se puede usar la etiqueta identificativa del paciente)**
Apellidos Nombre

Proveedor: _____ **FQHC ❑ RHC ❑ DHEC ❑** _____

El proveedor de cuidado de salud debe mantener un registro que refleja el estatus de todo niño menor de 19 años que recibe vacunas administradas por un proveedor participante en el programa VFC.

Determinación de elegibilidad (Con referencia a la clave que se encuentra a continuación, elija una categoría de elegibilidad por línea)					**Fecha de determinación de elegibilidad**	**Firma del padre / madre /tutor / presente individuo** *Al firmar a continuación, usted está afirmando que toda la información proporcionada sobre Medicaid u otro programa de seguros es veraz y correcta*
Medicaid	**No tiene seguro médico**	**Indioamericano o nativo de Alaska**	**Seguro insuficiente**[1] (Cumple con los requisitos para recibir vacunas a través del programa VFC únicamente en centros de salud con aprobación federal [FQHC] / centros de salud rurales [RHC] o DHEC	**Tiene seguro**[2] (No cumple con los requisitos para recibir vacunas a través del programa VFC)		
❑	❑	❑	❑	❑		
❑	❑	❑	❑	❑		
❑	❑	❑	❑	❑		
❑	❑	❑	❑	❑		
❑	❑	❑	❑	❑		
❑	❑	❑	❑	❑		
❑	❑	❑	❑	❑		
❑	❑	❑	❑	❑		
❑	❑	❑	❑	❑		
❑	❑	❑	❑	❑		
❑	❑	❑	❑	❑		

[1]**Seguro insuficiente**: Un niño que tiene seguro médico comercial (privado) pero la cobertura no cubre vacunas, un niño cuyo seguro cubre sólo ciertas vacunas (el seguro no cubre la vacuna que se va a administrar, lo que hace que el niño cumpla con los requisitos del programa VFC sólo para las vacunas no cubiertas) o un niño cuyo seguro tiene un límite de cobertura para vacunas. Una vez que se haya alcanzado el límite, el niño se clasifica como con seguro insuficiente. **Los niños con seguro insuficiente deben recibir las vacunas del programa VFC** únicamente **en un centro de salud con aprobación federal [FQHC], un centro de salud rural [RHC] o una clínica de DHEC.**

[2]**Asegurado:** Un niño que tiene seguro médico comercial (privado) que incluye cobertura de vacunación. Se considera que el niño es totalmente asegurado incluso si el deducible todavía no se ha alcanzado y una reclamación por concepto del costo de la vacuna y la administración de la misma sería rechazada por la compañía de seguros (póliza de alto deducible) o los padres deberán compartir el costo de la(s) vacuna(s) (por ej. copago o coaseguro.)

SOUTH CAROLINA DEPARTMENT OF HEALTH AND ENVIRONMENTAL CONTROL

SC VFC
Patient Eligibility Screening Record Form

Instructions for Completing

Purpose:

To provide documentation of eligibility for the SC Vaccines for Children program (SC VFC) for children <19 years of age, prior to administration of vaccine(s).

General Instructions for Use:

The SC VFC Patient Eligibility Screening Record Form is to be completed by healthcare provider staff prior to administration of vaccine(s).

Item-By-Item Instructions:

1. Complete the Child's Name, Date of Birth, Provider Name. Place a check in appropriate box if FQHC, RHC, or DHEC clinic.
2. Assess client's eligibility for VFC vaccine.
3. After determination of eligibility category, place a check in the appropriate column:
   - **Medicaid-eligible or Medicaid-enrolled —** eligible for VFC vaccine
   - **Uninsured —** eligible for VFC vaccine
   - **American Indian or Alaskan Native —** eligible for VFC vaccine
   - **Underinsured —** eligible for VFC vaccine at FQHC/RHC or DHEC clinic only
   - **Insured — NOT** eligible for VFC vaccine
4. Enter the date of screening.
5. Parent/Guardian/Individual of Record to sign affirming the information they have provided is accurate.

Office Mechanics and Filing:

Private Provider:
The completed SC VFC Patient Eligibility Screening Record Form must be kept for (3) years from most recent "date of screening."

DHEC:
File in Patient's medical record.