

Registro de Revisión de Elegibilidad del Paciente Programa de Vacunas para Niños

Niño(a) _____ Fecha _____
Apellido Primer nombre Inicial del Segundo Nombre

Fecha De Nacimiento _____

Padre (madre)/Tutor _____
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

El niño(a) califica para vacunación mediante el programa VFC porque él/ella:

[Marque solo una casilla]

- está inscrito en Medicaid
- no tiene seguro medico
- es Indio Americano ó Nativo de Alazca
- tiene seguro médico que no cubre vacunas

El niño(a) no califica para vacunas mediante el programa VFC porque él/ella:

- tiene seguro médico que cubre vacunas