

En cada visita de vacunación, determine si los pacientes cumplen con los requisitos para recibir vacunas recomendadas rutinariamente a través de los fondos 317 (p. ej., VFA, LHD 317).

Información del paciente

Nombre del paciente (apellido, primer, inicial del segundo nombre): _____

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

Nombre del proveedor de atención médica: _____

Requisitos para recibir las vacunas financiadas por 317 (p. ej., VFA o LHD)

✓ Elegible para recibir vacunas de VFA o LHD 317 si tiene al menos 19 años y:

- no tiene seguro médico o
- tiene un seguro médico limitado: el seguro de salud no cubre las vacunas; no cubre todas las vacunas recomendadas por el ACIP; cubre las vacunas pero con un límite fijo en dólares; no ofrece cobertura desde el primer dólar (es decir, se requiere copago, coseguro o deducible)¹.

✓ Elegible para recibir ciertas vacunas de VFA o LHD 317 si tiene al menos 19 años y:

- tiene Medicare **Parte B**, pero **NO Parte D**; paciente es elegible para:
 - Hepatitis A, VPH
 - MenACWY, MMR (Sarampión, Paperas, Rubéola), Polio (IPV), VRS
 - Tdap, Varicela y Zóster
- Tiene Medicare **Parte D**, pero **NO Parte B**; paciente califica para Hepatitis B y PCV20/PCV21.

Documente la elegibilidad del paciente

Anote la fecha de verificación y marque el estado correspondiente. (Nota: no es necesario verificar las respuestas. Conserve este registro por al menos 3 años y póngalo a disposición de los funcionarios estatales o federales que lo solicitan.)

Fecha de verificación	1. Elegible para VFA o LHD 317 Sin seguro	2. Elegible para VFA o LHD 317 Seguro limitado	3 & 4. Elegible para ciertas vacunas de VFA o LHD 317 Medicare Parte B o D solamente	× No es elegible para VFA o LHD 317 Completamente asegurado o tiene Medicare Partes B y D ²
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D	<input type="checkbox"/>

- La persona adulta calificaría para las vacunas financiadas por el programa 317 si tiene cualquier copago, coseguro y/o deducible por el costo de la vacuna. Esta política no aplica a copagos, etc., por cargos por la aplicación de la vacuna ni por visitas a la clínica.
- Los adultos inscritos en Medi-Cal o Medi-Cal Managed Care se consideran asegurados.