



A record of all children 18 years of age or younger who receive immunizations through the Texas Vaccines for Children (TVFC) Program must be kept in the health care provider's office for a minimum of five (5) years. The record may be completed by the parent, guardian, individual of record, or by the health care provider. TVFC eligibility screening and documentation of eligibility status must take place with each immunization visit to ensure eligibility status for the program. 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.

1. Child's Name: _____
Last Name First Name MI
2. Child's Date of Birth: ____/____/____
MM DD YYYY
3. Parent, Guardian, or Individual of Record: _____
Last Name First Name MI
4. Primary Provider's Name: _____
Last Name First Name MI
5. To determine if a child (0 through 18 years of age) is eligible to receive federal vaccine through the TVFC Program, at each immunization encounter or visit, enter the date and mark the appropriate eligibility category. If Column A - F is marked, the child is eligible for the TVFC Program. If column G is marked the child is not eligible for federal VFC vaccine.

Date	Eligible for VFC Vaccine				State Eligible		Not Eligible
	A	B	C	D	E	F	G
	Medicaid Enrolled	No Health Insurance	American Indian or Alaskan Native	* Underinsured served by FQHC, RHC, or deputized provider	** Other underinsured	*** Enrolled in CHIP	Has health insurance that covers vaccines

* Underinsured includes children with health insurance that does not include vaccines or only covers specific vaccine types. Children are only eligible for vaccines that are not covered by insurance. In addition, to receive VFC vaccine, underinsured children must be vaccinated through a Federally Qualified Health Center (FQHC), a Rural Health Clinic (RHC), or under an approved deputized provider. The deputized provider must have a written agreement with an FQHC or an RHC and the state, local, or territorial immunization program in order to vaccinate underinsured children.

** Other underinsured are children that are underinsured but are not eligible to receive federal vaccine through the TVFC Program because the provider or facility is not an FQHC or an RHC, or a deputized provider. However, these children may be served if vaccines are provided by the state program to cover these non-TVFC-eligible children.

*** Children enrolled in the State of Texas Children's Health Insurance Program (CHIP). An agreement between the DSHS Immunization Unit and CHIP stipulates that vaccines for eligible CHIP enrollees are purchased through the federal contract.

(Continued)

[illegible]

Medicaid:	CHIP:
Medicaid Number:_____	CHIP Number:_____
Date of Eligibility:_____	Group Number:_____
	Date of Eligibility:_____

Private Insurance:	
Name of Insurer: _____	Insurer Contact Number: _____
Insurance Name: _____	Policy or Subscriber Number: _____



En el consultorio del proveedor de servicios de salud debe mantenerse, durante un mínimo de cinco (5) años, un registro de todos los niños de 18 años de edad o menores que reciban inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas para los Niños de Texas (TVFC). Dicho registro lo puede rellenar el padre o la madre, el tutor, el individuo cuyo nombre aparece en el registro, o el proveedor de servicios de salud. En cada visita para inmunización debe determinarse y documentarse el estado de elegibilidad para el TVFC a fin de asegurar que el menor es elegible para el programa. Aunque no se requiere la verificación de las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, para cada niño que reciba vacunas bajo el Programa TVFC.

- Nombre del menor: _____
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre
- Fecha de nacimiento del menor: ____/____/____
mm dd aaaa
- Padre, tutor o individuo del registro: _____
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre
- Nombre del proveedor primario: _____
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre
- Para determinar si un menor (de 0 a 18 años de edad) es elegible para recibir vacunas federales por medio del Programa TVFC, en cada cita o visita para inmunización anote la fecha y marque la categoría de elegibilidad apropiada. Si marca una columna de la A a la F, el menor es elegible para el Programa TVFC. Si marca la columna G, el menor no es elegible para las vacunas federales VFC.

Fecha	Elegible para las vacunas VFC				Elegible con programa estatal		No elegible
	A	B	C	D	E	F	G
	Inscrito en Medicaid	No tiene seguro médico	Indoamericano o nativo de Alaska	* Con seguro insuficiente, recibe atención de un FQHC, una RHC, o un proveedor delegado	** Otras situaciones de seguro insuficiente	*** Inscrito en el CHIP	Tiene seguro médico que cubre vacunas

* El seguro insuficiente incluye a los niños cuyo seguro médico no incluye vacunas o solo cubre ciertos tipos específicos de vacunas. Los niños solo son elegibles para recibir vacunas que no están cubiertas por el seguro. Además, para recibir las vacunas de VFC, los niños con seguro insuficiente deben ser vacunados en un Centro de Salud Federalmente Acreditado (FQHC), en una Clínica de Salud Rural (RHC), o por un proveedor delegado autorizado. El proveedor delegado debe tener un contrato por escrito con un FQHC o una RHC y con el programa de inmunización estatal, local o territorial para poder vacunar a los niños con seguro insuficiente.

** Otros niños con seguro insuficiente son aquellos que, aunque están insuficientemente asegurados, no son elegibles para recibir las vacunas federales por medio del Programa TVFC porque el proveedor o centro no es un FQHC, o una RHC, o un proveedor delegado. Sin embargo, estos niños pueden ser atendidos si las vacunas son proporcionadas por el programa estatal para dar cobertura a los niños que no son elegibles para el TVFC.

*** Niños inscritos en el programa estatal separado CHIP (Children's Health Insurance Program). Estos niños se consideran asegurados y no son elegibles para recibir vacunas mediante el Programa VFC. Cada estado proporciona orientación específica sobre cómo se adquieren y administran las vacunas del CHIP a través de los proveedores participantes.

(Continuación)

Seguro privado:	
Nombre de la aseguradora: _____	Número de contacto de la aseguradora: _____
Nombre del seguro: _____	Número de póliza o del asegurado: _____