



El Registro de la Selección de la Elegibilidad

Este registro debe ser completada por el padre del niño, por el guardián, o por el doctor para los niños quién reciben las vacunas por El Program de Vacunas para los Niños del Estado de Utah.

La Fecha de Hoy _____
 Mes Día Año

Nombre del Niño _____
 Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre

La Fecha del Nacimiento _____
 Mes Día Año

Nombre del Padre o Guardián _____
 Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre

Nombre del Doctor _____

Esta Sección debe ser completada por el doctor

DATE SCREENED	VFC ELIGIBILITY* (Check only one category)				Eligible at FQHC / RHC Only**	Not Eligible***
	ENROLLED IN MEDICAID	NO HEALTH INSURANCE	AMERICAN INDIAN OR ALASKAN NATIVE	ENROLLED IN CHIP	UNDER-INSURED	INSURANCE COVERS VACCINATIONS

*This record must be kept with the patient's medical record. Patients must be screened for VFC eligibility and eligibility status must be documented at each visit. Verification of a child's eligibility status is NOT required.
 **As of January 1, 2012, under-insured patients may only receive publicly funded vaccine in a Federally Qualified Health Center or Rural Health Center (FQHC/RHC).
 *** Patients whose health insurance plan includes vaccine as a covered medical service are considered insured and are not eligible for publicly funded vaccine.