

Vaccines for Children Program  
Patient Eligibility Screening Record

This record must be kept in the healthcare provider's office to reflect the current status of all children 18 years of age or younger declared eligible to receive immunizations through the VFC program. This record may be completed by the parent, the guardian, the individual of record, or the healthcare provider. This same record may be used for all subsequent visits as long as the child's VFC eligibility status has not changed. Provider verification of responses is not required, but it is necessary to retain this record on file for a minimum of three years.

*(Please print or type)*

**Date:** \_\_\_\_\_

**Child:** \_\_\_\_\_

**Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian/  
Individual of record:** \_\_\_\_\_

Provider: Ponderosa Pediatrics

This child qualifies for vaccination through the VFC program because he/she  
*(check only one box)*

- (0)  is enrolled in KidsCare, or
- (1)  is enrolled in AHCCCS, or
- (2)  does not have health insurance, or
- (3)  is American Indian or Alaskan Native, or
- (4)  has health insurance that does not pay for vaccines

- 
- (5)  Check here if this child has health insurance that pays for vaccines.  
These children do not qualify for VFC.

If your insurance company does not cover immunizations and you do not inform us of that at the time of the visit, it is your responsibility to pay the cost involved. We cannot make Vaccines For Children Program retroactive, and you are only eligible for Vaccines For Children Program at the time of the visit. If you are unsure if immunizations and well check-ups are covered, please contact your insurance company.

Thank You

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Please initial for each time questionnaire is reviewed.**

Date	Initials

Date	Initials

Date	Initials

Del Paciente Programas De Vacunas Para Niños  
Expedients De Investigación De Elegibilidad

Este expediente se debe mantener la oficina del proveedor de cuidado médico para reflejar el estado actual de todos los niños menores de 18 años de edad, que sean elegibles para recibir inmunizaciones a través del programa de VFC. El expediente puede ser llenado por el padre, guardián, la persona que va a recibir las vacunas, o por el proveedor de cuidado médico. Este mismo expediente se puede utilizar para todas visitas subsecuentes mientras el estatus de elegibilidad de VFC del niño no haya cambiado. No se requiere verificar las respuestas por el proveedor, pero es necesario conservar este expediente en el fichero por un mínimo de tres años.

(Por favor escribe a maquina o a mano)

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Niño:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Padre/Guardián/  
Persona en el Expediente:** \_\_\_\_\_

Proveedor: Ponderosa Pediatrics

Este Niño califica para las vacunas a treves del programa de VFC porque el/ella

(Marque solamente uno):

- (0)  Este inscrito en KidsCare, o
- (1)  Este inscrito en AHCCCA, o
- (2)  No tiene seguro médico, o
- (3)  Es Indio Americano o Nativo de Alaska, o
- (4)  Su seguro medico no para por las vacunas

---

(5)  Maque aquí si el niño tiene servicio médico que pague por las vacunas. Estos niños no califican para VFC.

Como un consejo, si su compañía de seguro medico no cubre inmunizaciones e usted no nos lo dice a la hora de su vista, es su responsabilidad pagar el costo implicado. No podemos hacer el Programa de Vacunas para Niños retroactivo y usted es elegible para el Programa de Vacunas para Niños solamente a la hora de su visita. Si usted no este seguro de que las vacunas y los chequeos sean cubiertos, por favor comuníquese con su compañía de seguro medico.

Gracias.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Por favor inicial cada vez que se revisa el cuestionario.**

Fecha	Iniciales

Fecha	Iniciales

Fecha	Iniciales