

Seguro *: Por favor conteste lo siguiente: Esta información es requerida para fines de financiamiento federal de las vacunas de VFC.

***Nota:** Se le administrarán las vacunas a su hijo(a) sin costo alguno para usted si su hijo(a) es elegible para el Programa de Vacunas Infantiles (VFC). Si su hijo(a) cuenta con cobertura de un plan de seguro de salud privado, la ley exige que el Departamento solicite el reembolso de todos los costos permisibles relacionados con la administración de la vacuna.

Mi hijo(a): () *no* está asegurado (por un seguro privado, Medicaid o FAMIS)
 () es indio americano o nativo de Alaska
 () tiene Medicaid - # de Medicaid: _____
 () tiene FAMIS - # FAMIS: _____
 () tiene otro seguro no mencionado anteriormente (especifique el plan) _____
 # de identificación de la póliza _____ Nombre del titular de la póliza _____

Adjunte una copia del frente y atrás de la tarjeta del seguro o proporcione la siguiente información:

Dirección de la compañía aseguradora _____
 Número de teléfono de la compañía aseguradora _____

Oficina de Privacidad y Seguridad

Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida

Este consentimiento otorga al Departamento de Salud de Virginia (VDH) permiso para divulgar información de salud personal a la(s) persona(s) u organización(es) que he indicado.

- Entiendo que la prestación de tratamiento a mi hijo(a) no puede estar condicionada por el hecho de que yo firme esta autorización.
- Cualquier información de salud que vuelva a divulgar yo o mi hijo(a) ya no estará protegida por esta autorización.
- El original o la copia de la autorización se deberán incluir en la historia clínica de mi hijo(a).
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto que se hayan tomado medidas antes de mi solicitud de retener mi historia clínica. La solicitud debe realizarse por escrito y tendrá vigor cuando la misma se entregue al proveedor en posesión de mi historia clínica.
- Autorizo al VDH a divulgar información de la salud de mi hijo(a) a su médico de atención primaria y a la escuela.
- Entiendo que esta historia clínica se retendrá hasta que mi hijo(a) cumpla 21 años.
- Autorizo a VDH a divulgar los expedientes necesarios para apoyar la solicitud de pago por Medicare, Medicaid y otros beneficios de atención de salud. El tercero pagador pagará cualquier beneficio autorizado a VDH en mi nombre.
- Comprendo que este documento será entregado y retenido por el departamento de salud pública y no será conservado por la escuela.

Marque la casilla si desea recibir una copia de los Derechos de Privacidad del Departamento de Salud de Virginia.

Por favor enviar una copia del registro de vacunación de mi hijo(a) a su doctor a la siguiente dirección.

Nombre del médico _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____

HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

Date	Item code	Funding Source	Lot Number	Vaccine Administration Site	Provider #
		VFC STATE 317 LHD (chargeable)		RA LA	
		VFC STATE 317 LHD (chargeable)		RA LA	
Comments					
Provider Name/Signature and Date					