



Programa de Vacunas de Connecticut (CVP) Formulario de Elegibilidad para Pacientes Adultos

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Proveedor de Servicios: _____

Este paciente califica para inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas de Connecticut (CVP) porque el /ella tiene 19 años o más y (marque solamente uno):

- (A) No tiene seguro médico / pago propio
- (B) Seguro limitado (tiene seguro que no cubre las vacunas o solo cubre selección de vacunas)
- (C) Esta recibiendo la vacuna Tdap que es parte del Programa de Cocoon

Un historial debe de mantenerse guardado en la oficina del proveedor médico que refleje el estado de todos los pacientes que reciben vacunas del programa CVP. El historial puede ser completado por el individual del historial, o por el proveedor médico. El historial no tiene que estar al día a menos que el estado de elegibilidad del paciente ha cambiado. Mientras que la verificación de respuesta no es requerido, si es necesario retener este historial o uno similar para cada paciente que recibe una vacuna, durante un mínimo de tres años después de que se ha completado el servicio al paciente.

La Elegibilidad del Paciente debe ser verificada y documentada en **cada visita de inmunización**. Por favor documente que el formulario de elegibilidad fue verificado con las iniciales de la persona que realizo el cribado.

Fecha de examen (mes/dia/año)	Iniciales

Fecha de examen (mes/dia/año)	Iniciales