

En cada visita de vacunación, determine si los pacientes cumplen con los requisitos para recibir las vacunas contra el COVID-19 (si participa en el Bridge Access Program) y/u otras vacunas recomendadas rutinariamente a través de los fondos 317 (p. ej., VFA, LHD 317).

Información del paciente

Nombre del paciente (apellido, primer, inicial del segundo nombre): _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del proveedor de atención médica: _____

Requisitos para recibir las vacunas financiadas por 317 (p. ej., VFA, LHD 317 y BAP)

- ✓ **Califica para recibir vacunas de VFA, LHD 317 y/o BAP (COVID) si tiene al menos 19 años y:**
 1. no tiene seguro médico o
 2. tiene un seguro médico limitado (el seguro médico, público o privado, no cubre todas las vacunas o las cubre con un límite fijo en dólares que ya se ha alcanzado o requiere ciertos gastos adicionales¹.)
- ✓ **Califica para recibir ciertas vacunas de VFA o LHD 317 si tiene al menos 19 años y:**
 3. tiene Medicare **Parte B**, pero **NO Parte D**; paciente califica para:
 - Hepatitis A, VPH
 - VPH, MMR (Sarampión, Paperas, Rubéola), Polio (IPV), VRS
 - Tdap, Varicela y Zóster
 4. Tiene Medicare **Parte D**, pero **NO Parte B**; paciente califica para Hepatitis B y PCV20/PCV21.

Documente la idoneidad del paciente

Anote la fecha de verificación y marque el estado correspondiente. (Nota: no es necesario verificar las respuestas. Conserve este registro por al menos 3 años y póngalo a disposición de los funcionarios estatales o federales que lo solicitan.)

Fecha de verificación	1. Califica para VFA, LHD 317 y/o BAP (COVID) Sin seguro	2. Califica para VFA, LHD 317 y/o BAP (COVID) Seguro limitado	3 & 4. Califica para ciertas vacunas de VFA o LHD 317 Medicare Parte B o D solamente	× No califica para VFA, LHD 317 y/o CA BAP Completamente asegurado o tiene Medicare Partes B y D ²
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D	<input type="checkbox"/>

1. La persona adulta calificaría para las vacunas financiadas por el programa 317 si tiene algún copago, coaseguro o deducible por el costo de la vacuna. Esta política no aplica a copagos, etc., por gastos administrativos ni por visitas a la clínica.
 2. Los adultos inscritos en Medi-Cal o Medi-Cal Managed Care se consideran asegurados. Para no tener derecho a las vacunas contra el COVID, el seguro debe cubrir las vacunas en su totalidad sin exigir un copago.