REGISTRO DE EXAMEN DE APTITUD DEL PACIENTE

Formulario del Estado 55674 (9-14)
Departamento de Salud del estado de Indiana, División de Vacunación

INSTRUCCIONES:
1. *La oficina del proveedor de atención médica debe llevar un registro de todos los niños de hasta dieciocho (18) años que reciban vacunas.*
2. *El registro podrá completarlo el padre, tutor o persona registrada o por el proveedor de atención médica.*
3. *Complete toda la información de la Sección A durante la visita de examen inicial.*
4. *Registre la fecha del examen y marque la categoría de aptitud correspondiente para cada vacuna.*

A. Información del paciente

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento del niño *(mes, día, año)* _____

Nombre del proveedor principal _____

B. Examen inicial de aptitud del paciente

Fecha *(mes, día, año)* _____ Registro de examen inicial realizado por _____

(Padre/tutor/persona registrada/proveedor de atención médica)

- ☐ **Medicaid** Un niño que cuenta con algún tipo de seguro de Medicaid.
- ☐ **Amerindio/Nativo de Alaska** Un niño que se identifica como amerindio o nativo de Alaska, más allá de su seguro.
- ☐ **Ningún seguro de salud** Un niño que **no** cuenta con seguro de salud.
- ☐ **El seguro no cubre las vacunas** Un niño que cuenta con un seguro de salud comercial (privado), pero cuya cobertura no incluye vacunas; niños cuyo seguro cubre sólo ciertas vacunas (la situación de estos niños queda categorizada como con seguro insuficiente para vacunas no cubiertas solamente); o niños cuyo seguro pone un tope de un determinado monto a la cobertura de vacunación (una vez que se alcance el monto de la cobertura, la situación de estos niños se categoriza como con seguro insuficiente).
- ☐ **Completamente asegurado** Un niño que cuenta con seguro de salud que cubre la vacunación.

C. El examen de aptitud del Programa de Vacunas para Niños (VFC) debe realizarse con cada visita de vacunación para garantizar que la condición de aptitud del niño no se haya modificado.
Este mismo registro puede usarse para el Examen Inicial de Aptitud del Paciente y todas las vacunas posteriores. Es necesario conservar este u otro registro similar para cada niño que reciba una vacuna.

El registro podrá completarlo el padre, tutor, la persona registrada o el proveedor de atención médica.
Registre la fecha de examen, el cambio de estado y marque la categoría de aptitud correspondiente por cada vacuna.

Fecha de verificación del examen de aptitud *(mes, día, año)*	**¿Se modificó la condición de aptitud?**	**Medicaid**	**Amerindio/ Nativo de Alaska**	**Ningún seguro de salud**	**El seguro no cubre las vacunas**	**Completamente asegurado**
	☐ Sí ☐ No					
	☐ Sí ☐ No					
	☐ Sí ☐ No					
	☐ Sí ☐ No					
	☐ Sí ☐ No					
	☐ Sí ☐ No					
	☐ Sí ☐ No					
	☐ Sí ☐ No					
	☐ Sí ☐ No					