

Seguro*: Complete la siguiente información: La presente información es exigida por motivos de financiación federal para las vacunas del programa Vacunas para niños (Vaccines for Children, VFC).

***Nota:** Se aplicarán las vacunas a su hijo(a) sin costo alguno si el/la menor es elegible para el programa Vacunas para niños. Si su hijo(a) está cubierto(a) por un seguro de salud privado, el Departamento intentará obtener un reembolso de todos los gastos admisibles relacionados con la aplicación de la vacuna. **Su hijo(a) no recibirá la vacuna si usted no indica a continuación toda la información solicitada relativa al seguro:**

- Mi hijo(a): () *no* está asegurado (a) (no tiene cobertura por un seguro privado, Medicaid o FAMIS)
 () es indio(a) americano(a) o nativo(a) de Alaska
 () tiene Medicaid - N.º de Medicaid: _____
 () tiene FAMIS - N.º de FAMIS: _____
 () tiene otro seguro no indicado en la lista anterior (especifique el plan) _____
 N.º de identificación de la póliza _____
 Nombre del titular de la póliza _____

Adjunte una copia del anverso y del reverso de la tarjeta del seguro o indique la siguiente información:

Dirección de la compañía de seguros _____
 Número de teléfono de la compañía de seguros _____

Autorizo a VDH a divulgar los registros necesarios para fundamentar la solicitud de pago por parte de Medicare, Medicaid u otros beneficios de salud. Solicito que el tercero pagador abone en representación mía, a VDH, todos los beneficios autorizados.

Oficina de privacidad y seguridad

Autorización de divulgación de información médica protegida.

El presente consentimiento autoriza al Departamento de Salud de Virginia (VDH) a divulgar información médica protegida a las personas u organizaciones que mencioné.

- Entiendo que la administración de tratamiento a mi hijo(a) no estará condicionada por la firma de la presente autorización.
- La protección de la presente autorización cesará para toda información médica que mi hijo(a) o yo volvamos a divulgar.
- Se deberá incluir la autorización original o una copia de ella en la historia clínica de mi hijo(a).
- Tengo derecho a revocar la presente autorización en todo momento, excepto en el caso de que se hayan tomado medidas con anterioridad a mi solicitud para retener mi historia clínica. Se debe realizar la solicitud por escrito y la solicitud entrará en vigencia a partir de la fecha de entrega al médico que tenga mi historia clínica.
- Autorizo al VDH a divulgar la información médica de mi hijo(a) al médico de cabecera o a la escuela.
- Entiendo que se guardarán los registros de vacunación de mi hijo(a) durante 21 años a partir de la fecha de nacimiento.
- Entiendo que el departamento de salud pública recibirá y guardará el presente documento, y que la escuela no lo guardará.

Marque la casilla si desea recibir una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Virginia.

Envíe una copia del registro de vacunación de mi hijo(a) al médico de cabecera a la siguiente dirección:

Nombre del médico _____ Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

Date	Item Code	Fund Source	Lot Number	Vaccine Administration Site	Provider #
	HPV9	VFC STF		RA LA	
		VFC STF		RA LA	
Comments					
Provider Name/Signature and Date					