



## Lake Forest Pediatric Associates

Lake Forest • Lindenhurst • Vernon Hills

917 Sherwood Drive, First Floor, Lake Bluff, IL 60044  
2592 Grand Ave, Lindenhurst, IL 60046  
870 West End Court, Suite 100, Vernon Hills, IL 6006

**847-295-1220 Fax 847-295-1255**

Lakeforestpediatrics.com

### **PROGRAMA VACCINES FOR CHILDREN (VFC)**

---

#### **¿Cómo funciona el programa?**

Los pacientes que son elegibles para el programa reciben vacunas a expensas del gobierno. Todas las vacunas son de marca y están aprobadas por la FDA para la mayoría de las series de vacunación infantil. En algunos casos, la vacuna es la misma que las que nuestra práctica compra al fabricante. En otros casos, el Estado proporciona otra vacuna de marca que también ha sido aprobada por la FDA.

#### **¿Cuanto cuesta?**

Si se administran vacunas VFC, la vacuna es gratuita y hay una **tarifa de administración** de \$23.87 por vacunación. Este monto es establecido por el estado, vence al momento de la visita y no puede facturarse a una compañía de seguros.

#### **¿Quien es elegible?**

Los niños hasta los 18 años de edad que cumplan al menos uno de los siguientes criterios son elegibles para recibir la vacuna VFC:

- **Elegible para Medicaid:** un niño que es elegible para el programa de Medicaid
- **No asegurado:** un niño que no tiene cobertura de seguro de salud.
- **Indio americano o nativo de Alaska:** Según lo definido por la Ley de mejora de la atención médica india (25 U.S.C. 1603)

Se le pedirá que revise y firme este formulario cada vez que su hijo visite nuestra oficina para vacunarse.

# LAKE FOREST PEDIATRIC ASSOCIATES IMMUNIZATION FORM

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Nacimiento \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_ oral ax  
rect tym Paciente aqui con: Madre Padre Mismo  \_\_\_\_\_

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> El paciente no tiene una enfermedad actual<br><input type="checkbox"/> Sin reaccion previa a la vacuna<br><input type="checkbox"/> reaccion a la vacuna: | <input type="checkbox"/> sin enfermedad cronica<br><input type="checkbox"/> sin asma<br><input type="checkbox"/> sin sibilancias en el ano anterior<br>-tratado<br>Hepatitis A<br>Influenza<br>Intranasal Influenza<br>PPD<br>HPV<br>Synagis | Medicamentos actuales<br><br>Alergias a los medicamentos<br><br>Otras alergias (huevos)<br><br><input type="checkbox"/> Sin alergias conocidas a medicamentos<br><input type="checkbox"/> Sin contactos inmunocomprometidos<br><input type="checkbox"/> No embarazada |
|---|--|---|
- DTaP                      MMR                      Hepatitis A  
 IPV                      Varicella                      Influenza  
 HIB                      MMRV                      Intranasal Influenza  
 Pneumococcal              Td                      PPD  
 Rotavirus                      Tdap                      HPV  
 Hepatitis B                      MPSV4 or MCV4                      Synagis  
 Other \_\_\_\_\_
- Vacuna(s) ordenada por: \_\_\_\_\_  
Firma del proveedor

Entregado al padre/tutor/designado

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> VIS for <b>Multiple Vaccines</b> 1/30/08<br><input type="checkbox"/> VIS for <b>DTaP (include DT)</b> 5/17/07<br><input type="checkbox"/> VIS for <b>Polio</b> 1/1/00<br><input type="checkbox"/> VIS for <b>HIB</b> 12/16/98<br><input type="checkbox"/> VIS for <b>Pneumococcal Conjugate (PCV7)</b> 9/30/02<br><input type="checkbox"/> VIS for <b>Rotavirus vaccine</b> 8/28/08<br><input type="checkbox"/> VIS for <b>Hepatitis B</b> 7/18/07<br><input type="checkbox"/> VIS for <b>Hepatitis A</b> 3/21/06 | <input type="checkbox"/> VIS for <b>MMR</b> 3/13/08<br><input type="checkbox"/> VIS for <b>Varicella</b> 3/13/08<br><input type="checkbox"/> VIS for <b>Td</b> 6/10/94<br><input type="checkbox"/> VIS for <b>Tdap</b> 7/12/06 (Interim)<br><input type="checkbox"/> VIS for <b>Meningococcal</b> 1/28/08<br><input type="checkbox"/> VIS for <b>HPV</b> 2/2/07<br><input type="checkbox"/> VIS for <b>Influenza</b> 7/24/08<br><input type="checkbox"/> VIS for <b>Intranasal Influenza</b> 7/24/08 |
|--|--|

**Se me informó acerca de la (s) vacuna (s) recomendada (s) para mí o mi hijo y se me han respondido todas mis preguntas. He revisado el material escrito proporcionado sobre la (s) vacuna (s). Comprendo los beneficios y los riesgos, y pido que se me administren las vacunas a mí o al niño mencionado anteriormente (para quienes estoy autorizado a realizar esta solicitud).**

**\*\* Debido a los informes de mareos y desmayos después de las inyecciones de vacunas en adolescentes, todos los pacientes mayores de 11 años deben esperar en nuestra oficina durante 15 minutos después de recibir la inyección de la vacuna.**

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre / tutor / designado legal y fecha

### Incumplimiento del horario de inmunización

**A mi pedido, las vacunas de mi hijo se administran en un horario no estándar. Entiendo que se me pedirá que lleve a mi hijo a visitas adicionales, que pueden o no estar cubiertas por mi seguro, y acepto ser responsable de cualquier cargo no cubierto. Entiendo que la efectividad de la vacuna solo ha sido probada / aprobada cuando se administra de acuerdo con cronogramas específicos.**

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre / tutor / designado legal y fecha

\_\_\_\_\_ All Kids (Departamento de Atención Médica / Servicios para Familias de Illinois)

Mi hijo es elegible para el programa VFC. Quiero que mi hijo reciba vacunas de VFC en esta visita.

Nombre del niño (imprimir) _____	Firma del padre o tutor y fecha _____
Mi hijo no es elegible para el programa VFC.	
Nombre del niño (imprimir) _____	Firma del padre o tutor y fecha _____