



PROGRAMA DE VACUNACIÓN Vacunas para Niños- Adulto (VFC/VFA)	
Si usted está interesado en ser un proveedor de servicios de vacunación bajo el programa de vacunas para niños-adultos, favor complete este formulario de pre-reclutamiento. Puede enviar el mismo a: jesus.alvarado@salud.pr.gov	
Tipo de reclutamiento	<input type="checkbox"/> Nuevo ingreso <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Reingreso
Nombre de la Clínica	Fecha:
Dirección Postal :	Persona Contacto
Dirección Física :	Teléfono:
Indique tipo de facilidad	
<input type="checkbox"/> Publica <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Contrato Seguro Médico de Salud del Gobierno de Puerto Rico	
Conteste las Sigüientes Preguntas	
Cómo se enteró del Programa vacunas para niños- adultos	<input type="checkbox"/> Oficina de Medicaid <input type="checkbox"/> A través de un colega <input type="checkbox"/> Página web de Salud <input type="checkbox"/> Prensa
Que le motivó a ser proveedor VFC/VFA	
Tiene usted contrato con el seguro médico de salud de gobierno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Su clínica atiende niños- adultos con seguro médico de Salud del Gobierno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Administra usted rutinariamente vacunas privadas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tiene conocimiento del registro de vacunación de PR (PREIS)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su contestación es afirmativa, participa de este programa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tiene Acceso a internet en su facilidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tiene un seguro que cubra pérdida de vacunas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuántos niños-adultos que cualifique para VFC/VFA usted proyecta atender	
Qué porcentaje de su población es ≤ 18 años y ≥ 19 años	
El Programa de VFC/ VFA recomienda que todos los proveedores tengan unidades de almacenamiento de congelador y refrigerador separadas con puertas externas. El Centro para el Control de Enfermedades recomienda que todas las unidades tengan la capacidad para: Mantener la temperatura requerida para el almacenamiento de las vacunas, Mantener un inventario según la población atendida, tenga un termómetro certificado y calibrado dentro de los compartimientos, sólo se almacenen vacunas, comida y bebidas no pueden almacenarse en la neveras.	
Tiene usted refrigerador para uso de farmacia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó No describa el tamaño y tipo de refrigerador que usted posee:
Tiene usted congelador para uso de farmacia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó No describa el tamaño y tipo de refrigerador que usted posee:
Tienen sus unidades de refrigeración y/o congelación alarma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Registra la temperatura de sus unidades de almacenaje dos veces al día utilizando termómetro calibrado y certificado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas:	
Gracias por su solicitud de pre reclutamiento	