



| <b>PROGRAMA DE VACUNACIÓN</b>  |   |
|--|---|
| <b>Vacunas para Niños- Adulto (VFC/VFA)</b>  |   |
| 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: <a href="mailto:jesus.alvarado@salud.pr.gov">jesus.alvarado@salud.pr.gov</a>   |   |
| 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   |   |
| <b>Conteste las Sigüientes Preguntas</b>   |   |
| Cómo se enteró del Programa vacunas para niños- adultos  | <input type="checkbox"/> Oficina de Medicaid <input type="checkbox"/> A través de un colega<br><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<br>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 $\leq 18$ años y $\geq 19$ 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<br>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<br>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:   |   |
| <b>Gracias por su solicitud de pre reclutamiento</b>   |   |