

¿Tiene su hijo/hija CoverKids o algún otro tipo de seguro médico privado? De ser "sí", por favor complete a continuación la información sobre el seguro:

Nombre del Plan de Seguro _____

¿Son las vacunas cubiertas por el seguro? SÍ NO

Número de Póliza: _____

Número de Grupo: _____

Nombre del titular de la póliza _____

Número de Identificación del Miembro: _____

Dirección para Reclamaciones: _____
(mostrado al reverso de la tarjeta)

Fecha de Nacimiento del titular de la póliza: _____

¿Tiene su hijo/hija TennCare? *De ser "sí", encierre en un círculo el nombre del plan de salud y proporcione el número de identificación:

BlueCare/TennCare Select

United Health Care/Americhoice

Amerigroup

Número de Identificación de TennCare _____

¿Carece su hijo/hija de seguro?

SÍ NO

¿Es su hijo/hija Indígena de los Estados Unidos o Nativo de Alaska?

SÍ NO

Documentación sobre Inmunización para Enfermería

ÁREA PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Elegible para VFC: SÍ NO

ÁREA PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

#1 Fabricante: Sanofi Seqirus GSK Otro _____

Fecha de VIS: ____/____/____ Punto de administración: Deltoides derecho Deltoides izquierdo

Número de Lote: _____

Firma _____

Firma precedente indica que la inmunización se dio de acuerdo al Protocolo de PHN

Fecha de administración: _____ Número del Proveedor: _____

#2 Fabricante: Sanofi Seqirus GSK Otro _____

Fecha de VIS: ____/____/____ Punto de administración: Deltoides derecho Deltoides izquierdo

Número de Lote: _____

Firma _____

Firma precedente indica que la inmunización se dio de acuerdo al Protocolo de PHN

Fecha de administración: _____ Número del Proveedor: _____