

## Formulario de Sospecha de Abuso y/o Fraude

Cumpliendo con los requisitos establecidos por el gobierno estatal y federal para evitar y/o minimizar el abuso y fraude de vacunas, la División de Vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico ha desarrollado un mecanismo para reportar cualquier sospecha de abuso y fraude. Si usted sospecha algún abuso y/o fraude de las vacunas sufragadas con fondos federales favor de cumplimentar el formulario. La información provista será manejada confidencialmente. Por favor, proporcione tanta información como sea posible. Información incompleta puede impedir que el Programa vacunas para Niños (VFC) pueda hacer una investigación.

Información del proveedor del cual se sospecha ha cometido abuso y/o fraude (Esta información es requerida)	
Nombre del Proveedor de Servicio	
Dirección	
Teléfono	Fecha del incidente
Su información (Esta información es opcional- usted puede llenar este formulario de forma anónima)	
Nombre del Querellante	Fecha
Dirección Querellante	
Teléfono	e-mail

**Señale cuál de las siguientes opciones describe el tipo de abuso y/o fraude encontrado:**

- Administrar vacuna de VFC a niños o adolescentes no elegibles
- Vender la vacuna o desviarla para la venta a un paciente con plan médico privado
- Facturar por el costo de las vacunas VFC
- Facturar servicios de vacunación a pacientes elegibles a VFC más alto de lo establecido por el gobierno
- No ofrecer la vacuna de VFC a un niño elegible porque no puede pagar el costo por administración de vacunas
- No cumplir con los requisitos del contrato VFC
- Fallar en evaluar la elegibilidad del paciente en cada visita (no cumplimentar el formulario de la elegibilidad del paciente en cada visita)
- No mantener los expedientes de VFC o cumplir con otros requisitos de VFC
- Fallar en contabilizar toda la vacuna de VFC
- No manejar y almacenar las vacunas de manera adecuada
- Requisar más de la cantidad necesaria para su clínica o no requisar según el perfil del proveedor
- Pérdidas de las vacunas VFC por negligencia

Otro: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

**Favor de enviar este formulario a: Departamento de Salud, División de Vacunación, PO Box 70184, Centro Médico, Río Piedras, PR 00936-8184, por email a [abusoyfraudeVFC@salud.pr.gov](mailto:abusoyfraudeVFC@salud.pr.gov), o llamando al Tel. 765- 2929 ext. 3327, 3329 o 3331.**

