

DEPARTAMENTO DE SALUD  
SOLICITUD PRE-RECLUTAMIENTO

DIVISIÓN DE VACUNACIÓN  
Vacunas para Niños (VFC/VFA)

Si usted está interesado en ser un proveedor de servicios de vacunación bajo el Programa de Vacunas para Niños, favor complete este formulario de pre- reclutamiento. Puede enviar el mismo a lhiraldo@salud.gov.pr

|                       |  |                                     |                                    |                  |
|-----------------------|--|-------------------------------------|------------------------------------|------------------|
| Tipo de reclutamiento | <input type="checkbox"/> Nuevo ingreso | <input type="checkbox"/> Renovación | <input type="checkbox"/> Reingreso | Fecha:           |
| Nombre de la Clínica  |  |                                     |                                    | Persona Contacto |

|                    |           |
|--------------------|-----------|
| Dirección Postal : | Teléfono: |
| Dirección Física : | Email:    |

Indique tipo de facilidad

|         |  |  |  |
|---------|--|--|--|
| Pública | <input type="checkbox"/> Público de Gobierno | <input type="checkbox"/> Centro 330 (FQHC) | <input type="checkbox"/> Contrato Plan de Gobierno |
|---------|--|--|--|

**Conteste las siguientes preguntas**

|  |  |  |
|--|--|--|
| ¿Cómo se enteró del Programa Vacunas para Niños? | <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                |

¿Qué le motivó a ser proveedor VFC?

¿Tiene usted contrato con el plan de salud de gobierno?  Si  No

¿Su clínica atiende niños con plan de salud de gobierno?  Si  No

¿Administra usted rutinariamente vacunas privadas?  Si  No

¿Tiene conocimiento del registro de vacunación de PR (PRIR)?  Si  No  
Si su contestación es afirmativa, participa de este programa  Si  No

¿Tiene Acceso a internet en su facilidad?  Si  No

¿Tiene un seguro que cubra pérdida de vacunas?  Si  No

¿Cuántos niños que cualifique para VFC usted proyectan atender?

¿Qué porcentaje de su población es ≤ 18 años?

El Programa de VFC 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: a) Mantener la temperatura requerida para el almacenamiento de las vacunas b) Mantener un inventario según la población atendida c) Termómetro certificado y calibrado dentro de las unidades de almacenamiento.

Nota: **NO** pueden almacenar en las unidades de almacenamiento comida ni bebidas.

¿Tiene usted refrigerador para uso de farmacia?  Si  No  
Si contestó No describa el tamaño y tipo de refrigerador que usted posee:

¿Tiene usted congelador para uso de farmacia?  Si  No  
Si contestó No describa el tamaño y tipo de refrigerador que usted posee:

¿Tienen alarmas sus unidades de refrigeración y/o congelación?  Si  No

¿Registra la temperatura de sus unidades de almacenaje dos veces al día utilizando termómetros calibrados y certificados?  Si  No

¿Registra temperaturas mínimas y máximas?  Si  No

**Gracias por su solicitud de pre- reclutamiento**