

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?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Su clínica atiende niños con plan de salud de gobierno?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Administra usted rutinariamente vacunas privadas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene conocimiento del registro de vacunación de PR (PRIR)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Si su contestación es afirmativa, participa de este programa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene Acceso a internet en su facilidad?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene un seguro que cubra pérdida de vacunas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Si	<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"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Si contestó No describa el tamaño y tipo de refrigerador que usted posee:	
¿Tienen alarmas sus unidades de refrigeración y/o congelación?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Registra la temperatura de sus unidades de almacenaje dos veces al día utilizando termómetros calibrados y certificados?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Registra temperaturas mínimas y máximas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Gracias por su solicitud de pre- reclutamiento