

Departamento de Salud de Puerto Rico  
**ANEJO AL CONTRATO DEL PROGRAMA  
 VACUNAS PARA NIÑOS (VFC)**



**1. Información de la Clínica**

<b>Nombre de la Clínica</b>	<b>Nombre de Persona Contacto</b>	<b>VFC PIN</b>
-----------------------------	-----------------------------------	----------------

**2. Horario de la Clínica**

**Horas mínimas de operación:** para que los carreros puedan entregar vacunas correctamente, los Proveedores de VFC deben estar en la clínica con el personal apropiado y disponible para recibir las vacunas por lo menos un día a la semana, que no sea lunes, y por lo menos 4 horas consecutivas durante ese día. Escriba todos los días y horas que el personal designado puede recibir las vacunas. Por favor, especifique las horas de cierre durante la hora del almuerzo. El CDC hará responsable a los Proveedores cuando ocurran pérdidas de vacunas debido a direcciones y horas de oficinas incorrectas.

**NOTA:** El Proveedor es responsable de notificar a la Coordinadora Regional de Vacunación por adelantado si la clínica estará cerrada durante los días que normalmente están abiertos. No procese órdenes de vacunas si la clínica va a estar cerrada por razones de vacaciones, días feriados, etc.

<b>DIA</b>	<b>HORA QUE ABRE</b>	<b>HORA QUE CIERRA</b>	<b>HORA DE ALMUERZO</b>
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			

**Provea información adicional, si es necesario:**



Departamento de Salud de Puerto Rico  
**ANEJO AL CONTRATO DEL PROGRAMA  
 VACUNAS PARA NIÑOS (VFC)**



4. Unidades de Almacenamiento de Vacunas	
<b>REFRIGERADORES</b>	
<b>Nota:</b> Las unidades de almacenamiento de vacunas <i>estilo dormitorio no son aceptables</i> . *Las unidades debajo del mostrador deben ser tipo farmacéutico o de laboratorio. Seleccione el tipo de refrigerador por unidad:	
<b>Refrigerador 1</b>	<b>Refrigerador 3</b>
<input type="checkbox"/> Pequeño/debajo del mostrador* <input type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Refrigerador Independiente <input type="checkbox"/> Comercial/tipo farmacéutico	<input type="checkbox"/> Pequeño/debajo del mostrador* <input type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Refrigerador Independiente <input type="checkbox"/> Comercial/tipo farmacéutico
<b>Refrigerador 2</b>	<b>Refrigerador 4</b>
<input type="checkbox"/> Pequeño/debajo del mostrador* <input type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Refrigerador Independiente <input type="checkbox"/> Comercial/tipo farmacéutico	<input type="checkbox"/> Pequeño/debajo del mostrador* <input type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Refrigerador Independiente <input type="checkbox"/> Comercial/tipo farmacéutico
<b>CONGELADORES</b>	
<b>Nota:</b> Las unidades de almacenamiento de vacunas <i>estilo dormitorio no son aceptables</i> . *Las unidades debajo del mostrador deben ser tipo farmacéutico o de laboratorio. Seleccione el tipo de congelador por unidad:	
<b>Congelador 1</b>	<b>Congelador 3</b>
<input type="checkbox"/> Pequeño/debajo del mostrador* <input type="checkbox"/> Congelador Independiente <input type="checkbox"/> Comercial/tipo farmacéutico	<input type="checkbox"/> Pequeño/debajo del mostrador* <input type="checkbox"/> Congelador Independiente <input type="checkbox"/> Comercial/tipo farmacéutico
<b>Congelador 2</b>	<b>Congelador 4</b>
<input type="checkbox"/> Pequeño/debajo del mostrador* <input type="checkbox"/> Congelador Independiente <input type="checkbox"/> Comercial/tipo farmacéutico	<input type="checkbox"/> Pequeño/debajo del mostrador* <input type="checkbox"/> Congelador Independiente <input type="checkbox"/> Comercial/tipo farmacéutico

Departamento de Salud de Puerto Rico  
**ANEJO AL CONTRATO DEL PROGRAMA  
 VACUNAS PARA NIÑOS (VFC)**



5. Termómetros	
<p>El Proveedor <b>DEBE</b> tener un termómetro calibrado con un certificado vigente y expedido por un laboratorio acreditado por ILAC y si no es certificado por ILAC, el certificado deberá contener los resultados de medición y una declaración indicando que cumple con los estándares de ISO 17025.</p>	
<p style="text-align: center;"><b>Termómetro 1</b></p> <p><input type="checkbox"/> Registro Digital en Glicol</p> <p><input type="checkbox"/> Registro de Datos</p> <p><input type="checkbox"/> Esfera redonda</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>Termómetro 2</b></p> <p><input type="checkbox"/> Registro Digital en Glicol</p> <p><input type="checkbox"/> Registro de Datos</p> <p><input type="checkbox"/> Esfera redonda</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p style="text-align: center;"><b>Termómetro 3</b></p> <p><input type="checkbox"/> Registro Digital en Glicol</p> <p><input type="checkbox"/> Registro de Datos</p> <p><input type="checkbox"/> Esfera redonda</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>Termómetro 4</b></p> <p><input type="checkbox"/> Registro Digital en Glicol</p> <p><input type="checkbox"/> Registro de Datos</p> <p><input type="checkbox"/> Esfera redonda</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p style="text-align: center;"><b>Termómetro 5</b></p> <p><input type="checkbox"/> Registro Digital en Glicol</p> <p><input type="checkbox"/> Registro de Datos</p> <p><input type="checkbox"/> Esfera redonda</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>Termómetro 6</b></p> <p><input type="checkbox"/> Registro Digital en Glicol</p> <p><input type="checkbox"/> Registro de Datos</p> <p><input type="checkbox"/> Esfera redonda</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>

Departamento de Salud de Puerto Rico  
**ANEJO AL CONTRATO DEL PROGRAMA  
 VACUNAS PARA NIÑOS (VFC)**



**6. PERFIL DEL PROVEEDOR QUE ADMINISTRA VACUNAS DE ADULTOS (VFA)**

La población de Proveedor está basada en los pacientes atendidos durante los últimos 12 meses. Informe del número de adultos que recibieron vacunas en su clínica. Cuento solamente una vez, basado en el estado de la última visita de vacunación, independientemente del número de visitas realizadas. En la siguiente tabla documente, por categoría, cuántos adultos recibieron vacunas.

Estime el número de clientes que espera vacunar en su facilidad en un período de \_\_\_\_\_ meses

<b>Categorías de Elegibilidad de Vacunas para Adultos 317 (VFA)</b>	<b>≥ 19 Años</b>
Plan de Salud del Gobierno (elegibles al Medicaid)	
Sin Seguro Médico	
Con Seguro Médico Privado que no Cubre Vacunas	
Indio Americano / Nativo de Alaska	
<b>Categoría de Elegibilidad que no Cubre Vacunas para Adultos 317 (VFA)</b>	<b>≥ 19 Años<sup>1</sup></b>
Asegurados (plan privado/el Plan de Salud Cubre Vacunas)	
<b>Total de Pacientes</b>	
<sup>1</sup> No son elegibles a vacunas del Programa Vacunas para Adultos (VFA)	

**7. Vacunas Ofrecidas (seleccione solo una opción)**

**Seleccione las Vacunas Ofrecidas a su población Adulta:**

<input type="radio"/> DTaP	<input type="radio"/> Meningococcal Conjugate	<input type="radio"/> TD
<input type="radio"/> Hepatitis A	<input type="radio"/> MMR	<input type="radio"/> Tdap
<input type="radio"/> Hepatitis B	<input type="radio"/> Pneumococcal Conjugate	<input type="radio"/> Varicela
<input type="radio"/> HIB	<input type="radio"/> Pneumococcal Polysaccharide	<input type="radio"/> Shingles
<input type="radio"/> HPV	<input type="radio"/> Polio	<input type="radio"/> Otra, especifique:
<input type="radio"/> Influenza	<input type="radio"/> Rotavirus	_____

Departamento de Salud de Puerto Rico  
**ANEJO AL CONTRATO DEL PROGRAMA  
 VACUNAS PARA NIÑOS (VFC)**



**8. Adiestramientos**

Todo el personal designado al área de vacunación debe cumplir con los siguientes adiestramientos.

Nombre del Personal	Título	Adiestramiento PRIR	Plan de Almacenaje (AVAC 25)	Perdidas y Reposición de Vacunas (AVAC 26)	Manual Operacional (AVAC 27)	Confidencialidad y Seguridad	Política de Abuso y Fraude	Protocolo de Shock Anafiláctico
Fecha que Completó el Adiestramiento	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha

Nombre de la Supervisora de Enfermería: \_\_\_\_\_

Teléfono	E-mail
----------	--------

Nombre de la Enfermera Suplente: \_\_\_\_\_

Teléfono	E-mail
----------	--------

**Aprobado por (este Contrato no se aceptará sin ambas firmas):**

Firma del Médico, Director o Representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la Coordinadora Regional: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_