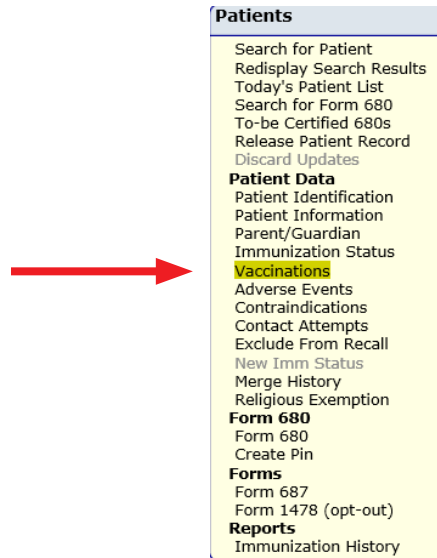


Editando Expedientes de Vacunas en Florida SHOTS



Hacer cambios a expedientes de vacunas cargados manual o electrónicamente es sencillo. Primero, complete la **“Búsqueda de Paciente”** (Patient Search) y abra al expediente del paciente.

1. Haga clic en la opción **“Vacunas”** (Vaccinations) del menú en la izquierda.



2. En la **“Lista de Vacunas”** (Vaccination List), busque la vacuna que usted desea editar y haga clic directamente sobre ella para abrir la pantalla de **“Cambiar Expediente de Vacunas”** (Change Vaccination Record).

Vaccination List									
Sort by: <input checked="" type="radio"/> Series <input type="radio"/> Vaccine <input type="radio"/> Date Given									
Vaccine Series	Vaccine Type	Date Given	Dose/Interval	Age Yr-Mo/ in Days	Total Mos/ Adv Event?	Provider/Person	Source		Delete?
DTAP	DTAP-IPV	09/02/2015	4 2362	6-11 2546	83 N	TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS JIMENEZJ	TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS		<input type="checkbox"/>
DTAP	PEDIARIX	11/14/2008	1 0	0-2 63	2 N	TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS	TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS		<input type="checkbox"/>
DTAP	PEDIARIX	01/15/2009	2 62	0-4 125	4 N	TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS	TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS		<input type="checkbox"/>
DTAP	PEDIARIX	03/15/2009	3 59	0-6 184	6 N	TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS	TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS		<input type="checkbox"/>
HEP B	HEP B PED	09/13/2008	1 0	0-0 1	0 N		TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS		<input type="checkbox"/>
HEP B	PEDIARIX	11/14/2008	2 62	0-2 63	2 N	TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS	TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS		<input type="checkbox"/>
HEP B	PEDIARIX	01/15/2009	3 62	0-4 125	4 N	TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS	TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS		<input type="checkbox"/>
HEP B	PEDIARIX	03/15/2009	4 59	0-6 184	6 N	TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS	TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS		<input type="checkbox"/>
HIB	HIB PRPOMP	01/13/2009	1 0	0-4 123	4 N		TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS		<input type="checkbox"/>
HIB	HIB PRPOMP	11/13/2009	2 304	1-2 427	14 N		TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS		<input type="checkbox"/>

3. Verifique que el **“Programa de Cubierta”** (Funding Program) esté correcto para asegurarse. Si la vacuna fue administrada a un paciente VFC elegible, a usted se le requiere especificar el **“Programa de Cubierta”** del menú desplegable. La mayoría de los Proveedores Privados de VFC solo tendrían la opción de seleccionar **“VFC/PED”**.

NOTA: Si esta vacuna fue adquirida privadamente, deje este campo como –Seleccionar– (Select) y continúe.

The screenshot shows the 'Change Vaccination Record' form. The 'Funding Program' dropdown menu is highlighted with a red arrow. The form includes fields for Vaccine Type (VZV), Injection Site, Provider Org ID (TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS), Imm Service Site (TAMPA FAM NEBRASKA), Date Given (06/28/2017), Injection Route, Provider Person ID (BISHOPJ), and Vaccine Information Statements (VIS) for Varicella. A 'Record added' message at the bottom indicates the record was added on 06/28/2017 by user FARRAR, KEENAN.

4. Una vez usted haya seleccionado el **“Programa de Cubierta”** (Funding Program), a usted se le requerirá que seleccione la **“Elegibilidad VFC”** (VFC Eligibility) según le aplique a esta vacuna.

The screenshot shows the 'Change Vaccination Record' form with the 'Funding Program' set to 'VFC/PED'. The 'VFC Eligibility' dropdown menu is highlighted with a red arrow, showing options: PRIVATELY INSURED, VFC ELIGIBLE-AMERICAN INDIAN/ALASKAN NATIVE, VFC ELIGIBLE-MEDICAID/MCO, VFC ELIGIBLE-UNDERINSURED, and VFC ELIGIBLE-UNINSURED. The form also includes fields for Vaccine Type (VZV), Injection Site, Provider Org ID (TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS), Imm Service Site (TAMPA FAM NEBRASKA), Date Given (06/28/2017), Injection Route, Provider Person ID (BISHOPJ), and Vaccine Information Statements (VIS) for Varicella. A 'Record added' message at the bottom indicates the record was added on 06/28/2017 by user FARRAR, KEENAN.

5. Al seleccionar entre los campos de la “Elegibilidad VFC” (VFC Eligibility), el “Manufacturero” (Manufacturer), “Número de Lote” (Lot Number), y “Fecha de Expiración” (Expiration Date), todos se vuelven requeridos. Ingrese o haga cambios a estos campos para corregir la información.

Change Vaccination Record Trai

Vaccine Type: * [Vaccine Type Information](#) Date Given: *

Injection Site: Injection Route:

Provider Org ID: * Provider Person ID:

Imm Service Site:

Funding Program:

VFC Eligibility: *

Vaccine Information Statements

[CDC Vaccine Information Statements \(VIS\)](#) Type:

VIS Recipient: Mother: SMITH, PAMELA VARICELLA *

*

* Yes No Consent for treatment given by VIS recipient

Manufacturer: Expiration Date:

Lot Number: *

6. Para guardar sus cambios, haga clic en PRÓXIMO **Next** en la esquina inferior izquierda y luego haga clic en PRESENTAR **Submit** en la esquina superior izquierda de la “Lista de Vacunas” (Vaccination List).

INFORMACIÓN DE CONTACTO

SERVICIO DE AYUDA GRATUITO::

877-888-7468 (SHOT)

LUNES – VIERNES, 8 A.M. TO 5 P.M. HORA DEL ESTE

INCLUYE:

- Consolidación de registros de vacunación duplicados
- Adición de administradores de cuentas
- Desbloqueo de cuenta en Florida SHOTS
- Preguntas sobre las funciones de Florida SHOTS
- Pedidos en Florida SHOTS de calendarios adhesivos de vacunación, bloc de calendarios de inmunización u otros materiales