

Florida SHOTS™

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA LA CONTABILIDAD DE LAS DOSIS DE VACUNAS VFC

Información de contacto

www.flshots.com

Servicio gratuito de atención al cliente:

877-888-SHOT (7468)

Lunes – Viernes, 8 a.m. to 5 p.m. Hora del este



Guía de búsqueda

DOCUMENTACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE PACIENTES PARA LAS VACUNAS VFC	1
ADICIÓN DE REGISTROS DE VACUNACIÓN VFC	2
ABREVIATURAS DE LAS VACUNAS USADAS EN FLORIDA SHOTS	6
EL MODO CORRECTO DE INTRODUCCIÓN DE DATOS VIS	8
REPORTE DE USO DE VACUNAS	9



1. DOCUMENTACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE PACIENTES PARA LAS VACUNAS VFC

Antes de registrar las vacunas para niños (VFC, por sus siglas en inglés) administradas, deberá determinar la elegibilidad del paciente para recibir la vacuna VFC. A continuación se muestra la forma “**Patient Eligibility Screening Record: Florida Vaccines for Children Program**” utilizada para documentar la elegibilidad de los pacientes.

Patient Eligibility Screening Record Florida Vaccines for Children Program

1. Initial Screening Date: _____
MM DD YYYY
2. Child’s Name: _____
Last Name First MI
3. Child’s Date of Birth: _____
MM DD YYYY
4. Parent/Guardian/Individual of Record: _____
Last Name First MI
5. Is your facility a Federally Qualified Health Center (FQHC) or Rural Health Clinic (RHC):
 Yes No
6. Primary Provider’s Name: _____
Last Name First MI
7. This patient qualifies for immunization through the VFC Program because he/she: (check only one box)
 - a.) Is enrolled in Medicaid
 - b.) Does not have health insurance
 - c.) Is an American Indian or Alaskan Native
 - d.) Is underinsured (has health insurance that does not pay for vaccinations)*
 - e.) This child does not qualify for immunizations through the VFC Program because he/she does not meet the eligibility criteria.

Eligibility Criteria					
Date	Is enrolled in Medicaid	Does not have health insurance	Is an American Indian or Alaskan Native	Underinsured (has health insurance that does not pay for vaccinations)*	Does not meet eligibility criteria

The health care provider must keep in the office a record of all children 18 years of age or younger who receive immunizations. The record may be completed by the parent, guardian, individual of record or by the health care provider. **VFC eligibility screening must take place with each immunization visit to ensure the child’s eligibility status has not changed.** While verification of responses is not required, it is necessary to retain this or a similar record for each child receiving vaccine.

***To be supported with VFC Program-purchased vaccine, underinsured children must be vaccinated through a FQHC or RHC or under a deputized agreement with an approved provider.**

Esta forma puede ser obtenida en el sitio <http://www.floridahealth.gov/programs-and-services/immunization/vaccines-for-children/provider-forms.html>.

2. ADICIÓN DE REGISTROS DE VACUNACIÓN VFC

Una vez que el paciente se encuentre archivado, podrá comenzar a añadir vacunas a su registro. Haga clic sobre el vínculo “Vaccinations” que se localiza en el menú de la izquierda. Escoja la opción “**Add a Vaccination Record**” para añadir las vacunaciones.

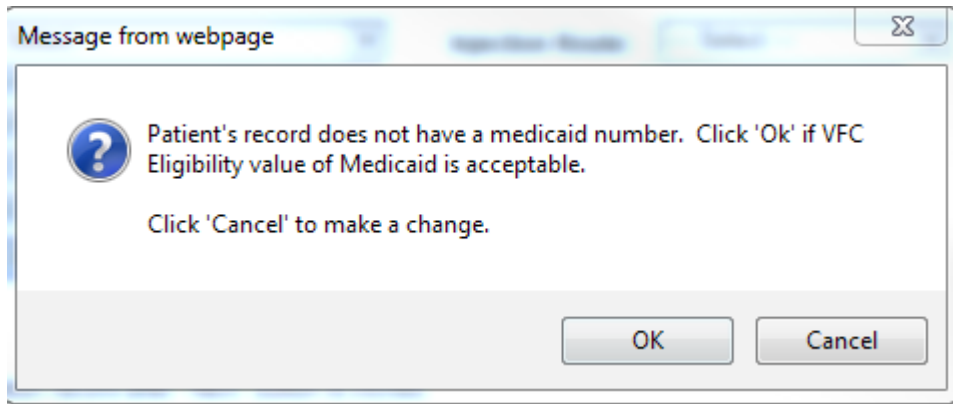
Vaccine Series	Vaccine Type	Date Given	Dose/Interval	Age Yr Mo/ in Days	Total Mos/ Adv Event?	Provider/Person	Source	Del?
DTAP	PEDIARIX	10/11/2015	1 0	0-2 61	2 N	SWEET PEDIATRICS FARRARK	SWEET PEDIATRICS	<input type="checkbox"/>
HEP B	HEP B	08/11/2015	1 0	0-0 61	0 N	SWEET PEDIATRICS FARRARK	SWEET PEDIATRICS	<input type="checkbox"/>
HEP B	PEDIARIX	10/11/2015	2 61	0-2 61	2 N	SWEET PEDIATRICS FARRARK	SWEET PEDIATRICS	<input type="checkbox"/>
POLIO	PEDIARIX	10/11/2015	1 0	0-2 61	2 N	SWEET PEDIATRICS FARRARK	SWEET PEDIATRICS	<input type="checkbox"/>

A partir del mes de enero de 2016, se les requerirá a todos los proveedores de vacunas VFC registrar en Florida SHOTS todas las vacunas VFC administradas. Aunque el uso de “**Add Historical Vaccination Records**” no le permitirá registrar la dosis como una vacuna VFC, al completar toda la información requerida en la pantalla “Add a Vaccination Record”, estará cumpliendo con los requisitos de auditoría de VFC. Este método de registro de la información relacionada a las vacunas VFC, le permitirá un mejor seguimiento de los registros de vacunación y un mejor manejo de su inventario de vacunas VFC.

Seleccione “Add a Vaccination Record”. El sistema mostrará la pantalla “Add Vaccination Record” que se encuentra equipada con listas desplegables que son diariamente actualizadas con las nuevas vacunas añadidas al archivo central. Para mostrar las selecciones, simplemente haga clic sobre la flecha localizada al lado de cada casilla.

2. ADICIÓN DE REGISTROS DE VACUNACIÓN VFC

Si añade un registro de vacuna VFC elegible a través de Medicaid, asegúrese de incluir el número de Medicaid del paciente en “Patient ID Info”; o de lo contrario recibirá un mensaje en la pantalla.



- Tipo de vacuna (Vaccine Type): Introduzca el tipo de vacuna que el paciente recibió. La lista completa de [Florida SHOTS](#) con los tipos de vacunas y sus abreviaturas puede encontrarse a partir de la página 6 de esta guía.
- Fecha de administración (Date Given): Introduzca la fecha. Si la vacuna fue administrada en el mismo día, introduzca “T” y la fecha actual se mostrará automáticamente.
- Fecha VIS (VIS Date): Introduzca la fecha de la declaración de información de la vacuna (VIS, por sus siglas en inglés) proveída para dicha vacuna. Algunas combinaciones de vacunas podrían requerir fechas de publicación de VIS para cada declaración. Si una sola declaración VIS es realizada cuando se necesitan múltiples, existe una opción denominada “Other VIS Options” que le permitirá usar las declaraciones por separado o combinadas. Esta información será incluida en la Forma DH687, tarjeta de registro clínico. Para revisar la información VIS actual, visite <http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html>.
- Recipiente VIS (VIS Recipient): Seleccione de la lista, la persona que se encuentra recibiendo las declaraciones VIS para dicho paciente. Los nombres del paciente, madre, padre y/o guardián se encontrarán a su disposición cuando se encuentre en presencia del registro del paciente. La opción “Other” también podrá ser seleccionada para introducir el nombre de la persona recibiendo la forma así como la relación de dicha persona con el paciente. Si es la madre, el padre o el guardián y el nombre introducido no concuerda con el que aparece en el registro, tendrá la opción de reemplazar la información existente con la nueva información. Esta información será incluida en la Forma DH687, tarjeta de registro clínico, junto con la información de consentimiento (concedido o no) por parte de esta persona para el tratamiento.
- Consentimiento para el tratamiento concedido por el recipiente VIS (Consent for Treatment Given by VIS Recipient): Una vez que la información VIS sea registrada, este campo se mostrará activo y será de carácter obligatorio. Si la persona recibiendo el VIS otorga su consentimiento para el tratamiento, no cambie el valor predeterminado “Yes”. Si la persona que otorga el consentimiento no es la misma persona que recibió la declaración, se deberá poner en práctica el proceso local necesario para la documentación del consentimiento para el tratamiento. Esta información se incluirá en la Forma DH687, tarjeta de registro clínico, junto con el nombre del recipiente VIS.

2. ADICIÓN DE REGISTROS DE VACUNACIÓN VFC

- Área de inyección (Injection Site): Este campo registra el punto específico del cuerpo donde se administra la inmunización.
- Ruta de inyección (Injection Route): Este campo registra el método utilizado para administrar la inmunización. Cuando las opciones “Intranasal” u “Oral” sean seleccionadas, el campo “Injection Site” no necesitará ser completado.
- ID de la organización proveedora (Provider Org ID): El nombre del proveedor administrando la vacuna se encuentra predeterminado para que muestre su consultorio. Si introdujera datos de vacunaciones que no han sido administradas en su consultorio, seleccione la opción “OTHER” localizada en el menú desplegable.
- ID del individuo proveedor (Provider Person ID): Seleccione el ID del individuo que se encuentra administrando la vacuna.
 - Si la vacuna fue administrada en un periodo de 30 días previo a la fecha actual (incluyendo la fecha actual) y la organización del usuario es seleccionada como la organización que administró la vacuna (ID de la organización proveedora), el sistema le pedirá seleccionar el individuo proveedor “**Provider Person**”.
 - Si la vacuna fue administrada previo al periodo de 30 días y la organización del usuario es seleccionada como la organización que administró la vacuna (Provider Org ID), el campo “**Provider Person**” se muestra opcional.
 - El campo “**Provider Person**” no se mostrará si el ID de la organización proveedora “**Provider Org ID**” es seleccionado como “**OTHER.**”
- Sitio de servicio de inmunización (Imm Service Site): Si su organización tiene más de un sitio definido en el sistema donde se ofrece servicio (clínica) y la vacunación fue administrada por su organización, seleccione el sitio o clínica donde la vacunación fue administrada.
- Elegibilidad VFC (VFC Eligibility): Especifique la elegibilidad del paciente para la vacuna VFC. Si el niño a vacunar no es elegible, seleccione la opción “Privately Insured” y asegúrese que las vacunas VFC no sean administradas a este tipo de paciente.

Para las organizaciones privadas:

- **El campo “VFC Eligibility” no se mostrará a menos que el número PIN VFC y la fecha inicial hayan sido registrados para su organización o sitio por el personal de Florida SHOTS.**
- **El campo “VFC Eligibility” no se mostrará a menos que un tipo de vacuna VFC sea seleccionada como la vacuna a añadir.**
- Si su organización ha registrado las fechas inicial y final para el registro de la vacuna VFC, el campo “**VFC Eligibility**” no se mostrará a menos que el número PIN VFC y la fecha inicial hayan sido registrados y la fecha de vacunación se encuentre dentro del periodo contenido entre las fechas inicial y final.
- Si el campo “**VFC Eligibility**” es habilitado y el paciente tiene 18 años o menos en el momento en que la vacuna fue administrada, deberá seleccionar una respuesta para “VFC eligibility”; de otro modo este campo se mostrará de manera opcional.

2. ADICIÓN DE REGISTROS DE VACUNACIÓN VFC

- Elegible para vacunas VFC “VFC Eligible” – Se mostrará Medicaid/MCO de manera predeterminada si el paciente posee un ID de Medicaid en el sistema.

VFC Eligibility: *	— Select —
Manufacturer:	PRIVATELY INSURED
Lot Number: *	VFC ELIGIBLE-AMERICAN INDIAN/ALASKAN NATIVE
	VFC ELIGIBLE-MEDICAID/MCO
	VFC ELIGIBLE-UNDERINSURED
	VFC ELIGIBLE-UNINSURED

- Fabricante (Manufacturer): Este campo requiere la selección del fabricante de la vacuna.
- Número de lote (Lot Number): Introduzca el número de lote de la vacuna administrada. Si selecciona “**VFC Eligible**”, este campo se mostrará de manera obligatoria.

3. ABREVIATURAS DE LAS VACUNAS USADAS EN FLORIDA SHOTS

TABLA DE INFORMACIÓN			
NOMBRE EN FLORIDA SHOTS	VACUNA	NOMBRE DE MARCA	FABRICANTE (CÓDIGO)
BEXSERO	Meningococcal B, OMV	Bexsero	Novartis (NOV)
CHOLERA	Cholera	*	*
DT	Diphtheria, Tetanus	DT	Sanofi Pasteur (PMC)
DTAP	Diphtheria, Tetanus, Acellular Pertussis	Tripedia, Daptacel Infanrix	Sanofi Pasteur (PMC) GlaxoSmithKline (SKB)
DTAP-HIB	DtaP + ActHIB	TriHIBit	Sanofi Pasteur (PMC)
DTAP-IPV	DtaP + IPV	Kinrix	GlaxoSmithKline (SKB)
DTP	Diphtheria, Tetanus, Pertussis	*	*
DTP-ACTHIB	DTP + ActHIB	*	Sanofi Pasteur (PMC)
DTP-HBOC	DTP + HibTITER	Tetramune	Wyeth (WAL)
FLU3Y+P	Influenza Vaccine, 3Y+	Fluarix FluVirin Fluzone FluLaval Afluria	GlaxoSmithKline (SKB) Novartis (NOV) Sanofi Pasteur (PMC) GlaxoSmithKline (SKB) CSL Biotherapies (CSL)
FLU3Y+PF	Influenza Vaccine, 3Y+, Preservative-free	Fluarix FluVirin Fluzone FluLaval Afluria	GlaxoSmithKline (SKB) Novartis (NOV) Sanofi Pasteur (PMC) GlaxoSmithKline (SKB) CSL Biotherapies (CSL)
FLU6-35 p	Influenza Vaccine, 6-35mo	Fluzone	Sanofi Pasteur (PMC)
FLU6-35 PF	Influenza Vaccine, 6-35mo, Preservative-free	Fluzone	Sanofi Pasteur (PMC)
FLU HIDOSE	Influenza Vaccine, High-Dose, Seasonal	Fluzone	Sanofi Pasteur (PMC)
FLU-ID	Influenza, Seasonal, Intradermal, Preservative-free	Fluzone Intradermal Fluzone Quad Intradermal	Sanofi Pasteur (PMC)
FLU-MIST	Influenza Vaccine Live, Intranasal	Flumist	MedImmune (MED)
FLU UNK	Influenza Virus Vaccine, NOS	*	*
FLUBLOK	Influenza, recombinant, injectable, preservative-free	Flublok	Protein Sciences (PSC)
FLUCELVAX	Influenza, injectable, MDCK, preservative-free	Flucelvax	Novartis (NOV)
GAMMA	Hep A Immune Globulin	GamaSTAN	Talecris (TAL)
H1N109 MST	Novel Influenza-H1N1-09, Nasal		MedImmune (MED)
H1N109 P	Novel Influenza-H1N1-09		CSL Biotherapies (CSL) Novartis (NOV) Sanofi Pasteur (PMC)
H1N109 PF	Novel Influenza H1N1-09, Preservative-free		CSL Biotherapies (CSL) Novartis (NOV) Sanofi Pasteur (PMC)
H1N109 UNK	Novel Influenza-H1N1-09, All Formulations		CSL Biotherapies (CSL) Novartis (NOV) Sanofi Pasteur (PMC)
HBIG	Hep B Immune Globulin	HyperHEP B Nabi-HB	Talecris (TAL) Nabi (NAB)
HEP A	Hepatitis A	VAQTA Havrix	Merck (MSD) GlaxoSmithKline (SKB)
HEP A-HEP B	Hepatitis A + B	Twinrix	GlaxoSmithKline (SKB)
HEP B	Hepatitis B	Energix-B Recombivax HB	Merck (MSD) GlaxoSmithKline (SKB)
HEP B 2-DOSE	Hepatitis B - 2 dose schedule	Recombivax HB (11-15 years, 1.0ml)	Merck (MSD)
HIB (HBOC)	Haemophilus Influenzae Type B	HibTITER	Wyeth (WAL)
HIB PRP-T	Hib (PRP-T)	ActHIB Hiberix	Sanofi Pasteur (PMC) GlaxoSmithKline (SKB)

3. ABREVIATURAS DE LAS VACUNAS USADAS EN FLORIDA SHOTS

TABLA DE INFORMACIÓN			
NOMBRE EN FLORIDA SHOTS	VACUNA	NOMBRE DE MARCA	FABRICANTE (CÓDIGO)
HIB PRPOMP	Hib (PRP-OMP)	PedvaxHIB	Merck (MSD)
HIB (UNK)	Unknown Hib	*	*
HIB-HEP	Hib + Hep B	Comvax	Merck (MSD)
HPV2	Human Papillomavirus - Bivalent	Cervarix	GlaxoSmithKline (SKB)
HPV4	Human Papillomavirus - Quadrivalent	Gardasil	Merck (MSD)
HPV9	Human Papillomavirus - 9-valent, recombinant	Gardasil 9	Merck (MSD)
IPV	Polio	IPOL	Sanofi Pasteur (PMC)
JENCEPH	Japanese Encephalitis	JE-VAX Ixiaro	Sanofi Pasteur (PMC) Novartis (NOV)
LYME	Lyme	*	*
MCV4	Meningococcal Conjugate	Menactra Merveo	Sanofi Pasteur (PMC) Novartis (NOV)
MEASLES	Measles	Attenuvax	Merck (MSD)
MENHIBRIX	Meningococcal C/Y-HIB PRP	Menhibrix	GlaxoSmithKline (SKB)
MMR	Mumps, Measles, Rubella	M-M-R II	Merck (MSD)
MMRV	Mumps, Measles, Rubella, Varicella	ProQuad	Merck (MSD)
MPSV4	Meningococcal Polysaccharide	Menomune	Sanofi Pasteur (PMC)
MR	Measles, Rubella	*	*
MUMPS	Mumps	Mumpsvax	Merck (MSD)
MUMPS-RUB	Mumps, Rubella	*	*
OPV	Oral Polio	*	*
PCV7	7-Valent Pneumococcal Conjugate	Prevnar	Pfizer (PFR)
PCV13	13-Valent Pneumococcal Conjugate	Prevnar	Pfizer (PFR)
PEDIARIX	DtaP, Hep B, IPV	Pediarix	GlaxoSmithKline (SKB)
PENTACEL	DtaP, Hib, IPV	Pentacel	Sanofi Pasteur (PMC)
PPSV23	23-Valent Pneumococcal Polysaccharide	Pneumovax	Merck (MSD)
RABIES IM	Rabies, Intramuscular	Imovax RabAvert	Sanofi Pasteur (PMC) Novartis (NOV)
RIG	Rabies Immune Globulin	HyperRAB	Talecris (TAL)
RIG-HT	Rabies Immune Globulin	Imogam Rabies-HT	Sanofi Pasteur (PMC)
ROTARIX	Rotavirus	Rotarix	GlaxoSmithKline (SKB)
ROTATEQ	Rotavirus	ROTATEQ	Merck (MSD)
RUBELLA	Rubella	Meruvax II	Merck (MSD)
TD	Tetanus, Diphtheria	Td	Massachusetts Biologic Labs (MBL)
TD DECAVAC	Tetanus, Diphtheria (DECAVAC)	Decavac	Sanofi Pasteur (PMC)
TD TENIVAC	TD, Preservative-free	Tenivac	Sanofi Pasteur (PMC)
TDAP	Tetanus, Diphtheria, Acellular Pertussis	Boostrix, Adacel	GlaxoSmithKline (SKB) Sanofi Pasteur (PMC)
TRUMENBA	Meningococcal B, recombinant	Trumenba	Pfizer (PFR)
TYPHOID IM	Typhoid, Intramuscular	Typhim Vi	Sanofi Pasteur (PMC)
TYPHOID PO	Typhoid, Oral	Vivotif	Berna (BPC)
VZV	Varicella	Varivax	Merck (MSD)
YELLOW FEVER	Yellow Fever	YF-Vax	Sanofi Pasteur (PMC)
ZOSTER VZV	Varicella Zoster Vaccine	Zostavax	Merck (MSD)

Tabla sobre información de vacunas, revisada el 15/9/15

La información sobre el producto no se encuentra disponible.

4. EL MODO CORRECTO DE INTRODUCCIÓN DE DATOS VIS

En la sección “*CDC Vaccine Information Statements (VIS)*”, el sistema se encuentra predeterminado para mostrar “*Multiple Vaccines*” para la mayoría de las vacunas pediátricas. El VIS de “*Multiple Vaccines*” es el VIS opcional que el CDC ha publicado para cubrir todas las inmunizaciones de rutina administradas desde el momento del nacimiento hasta los 6 meses de edad. Si la declaración individual de información de la vacuna es proveída en vez de la declaración de vacunas múltiples, tendrá que seleccionar “*Other VIS Options*” para poder introducir las fechas por separado, como sucede con las siguientes vacunas:

- DT
- DTAP
- Hepatitis B (todos los tipos)
- Hib (todos los tipos)
- IPV
- Kinrix
- PCV13
- Pediarix
- Pentacel
- Rotarix
- Rotateq

Para acceder a los VIS más recientes, haga clic sobre el vínculo “*CDC Vaccine Information Statements (VIS)*” y será redireccionado hacia la página de VIS del CDC.

5. REPORTE DE USO DE VACUNAS

Este reporte le ayudará a calcular el inventario mediante la generación de una lista de todas las vacunas VFC elegibles que su oficina haya administrado en un plazo de tiempo determinado. El reporte “**Vaccine Utilization Report**” podrá ser generado al hacer un clic sobre la opción “**Vaccine Utilization**” que se encuentra bajo el menú “**Reports**”.

VACCINE UTILIZATION REPORT CRITERIA [Show Help Text](#)

Date Given From: * Date Given Thru: *

Vaccine Types: All
 BEXSERO
 CHOLERA
 DT
 DTAP
 DTAP-HIB

VFC Eligibility: All
 PRIVATELY INSURED
 VFC ELIGIBLE-AMERICAN INDIAN/ALASKAN NATIVE
 VFC ELIGIBLE-MEDICAID/MCO
 VFC ELIGIBLE-UNDERINSURED
 VFC ELIGIBLE-UNINSURED

Report Format: Client Detail
 Excel File - downloaded

Sort on: Vaccine Type, Date Given
 Date Given, Vaccine Type
 Patient Name, Vaccine Type

* Asterisk indicates a required field

Para comenzar, introduzca el rango de fechas de vacunación y seleccione los tipos de vacunas que desea que se muestren en el reporte. Podrá a) ver e imprimir el reporte si selecciona “**Client Detail**” como formato del reporte (“**Report Format**”) o b) descargar el reporte como un archivo Excel si selecciona “**Excel File – downloaded**” como el formato del reporte (“**Report Format**”). Para generar el reporte haga clic sobre “**Generate Vaccine Utilization Report**”.

El reporte captura la siguiente información:

- Tipo de vacuna
- Fecha de administración
- Datos demográfico del paciente (por ejemplo, nombre, fecha de nacimiento, sexo, número de seguro social)
- Fabricante y número de lote
- Tipo de elegibilidad VFC
- Localidad
- Proveedor de servicio
- Código CPT