

Florida SHOTS™

CONSEJOS PRÁCTICOS

**PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA DE
VACUNAS PARA NIÑOS DE LA FLORIDA**

Información de Contacto

www.flshots.com

Servicio de Ayuda Gratuita:

877-888-SHOT (7468)

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

Bajo **“Customer Support”** (“Atención al Cliente”), localizado en la barra lateral del menú del registro, puede encontrar una guía completa del usuario y un curso de entrenamiento en red. Puede imprimir una copia de la guía del usuario como referencia. El entrenamiento gratuito en red se encuentra a su disposición las 24 horas del día.



Índice Rápido

DOCUMENTANDO ELEGIBILIDAD DE PACIENTES
PARA EL PROGRAMA VFC 1

AÑADIENDO UN REGISTRO DE VACUNACIÓN VFC 2

ABREVIATURAS DE VACUNAS USADAS EN FLORIDA SHOTS 5

COMO INTRODUCIR CORRECTAMENTE LAS FECHAS DE VIS 8

REPORTES PARA ASISTIR A USUARIOS DEL PROGRAMA VFC 10



1. DOCUMENTANDO ELEGIBILIDAD DE PACIENTES PARA EL PROGRAMA VFC

Previo a la entrada de registros de inmunización en Florida SHOTS, utilizando el programa Vacunas Para Niños (VFC, por sus siglas en inglés), se debe determinar primero que el paciente es elegible para recibir vacunas VFC. Puede utilizar el formulario **“Patient Eligibility Screening Record: Florida Vaccines for Children Program”** y de este modo documentar la elegibilidad en sus propios registros.

Patient Eligibility Screening Record Florida Vaccines for Children Program						
1. Initial Screening Date: _____ M M D D Y Y Y Y						
2. Child's Name: _____ Last Name First MI						
3. Child's Date of Birth: _____ M M D D Y Y Y Y						
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): <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know						
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): <input type="checkbox"/> a) Is enrolled in Medicaid <input type="checkbox"/> b) Does not have health insurance <input type="checkbox"/> c) Is an American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> d) Is underinsured (has health insurance that does not pay for vaccinations)* <input type="checkbox"/> 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	Eligibility status has not changed
<p>The healthcare 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 and individual of record, or by the healthcare provider. VFC eligibility screening must take place with each immunization visit to ensure the child's eligibility status has not changed. This same record will satisfy the requirements for all subsequent vaccinations, as long as 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.</p> <p>*To be supported with VFC purchased vaccine, underinsured children must be vaccinated through a FQHC or RHC.</p>						

Este formulario, así como todos los vínculos a otros formularios y registros del programa VFC pueden ser descargados desde http://www.doh.state.fl.us/Disease_ctrl/immune/vfc/forms.html. Las categorías abarcan:

- Elegibilidad del paciente
- Otros formularios de solicitud
- Inscripción, reinscripción, etc. del proveedor
- Administración de vacunas
- Formularios de reporte de vacunas

2. AÑADIENDO UN REGISTRO DE VACUNACIÓN VFC

Una vez que el paciente se encuentre en el archivo, se podrán comenzar a añadir vacunaciones a su registro. Haga clic en el vínculo **“Vaccinations”** que se localiza en el menú lateral izquierdo. Escoja **“Add a Vaccination Record”** para añadir vacunas.

Vaccine Series	Vaccine Type	Date Given	Dose/Interval	Age Yr Mo	Total Mos	Adv Event?	Provider/Person	Del?
DTAP	DTAP	02/15/2007	1	0-3	3	N		<input type="checkbox"/>
HIB	HIB PRP-T	06/27/2007	1	0-7	7	N	TESTVFC	
DTAP	PEDIARIX	05/01/2007	2	0-5	5	N	TESTVFC	
HEP B	PEDIARIX	05/01/2007	1	0-5	5	N	TESTVFC	
POLIO	PEDIARIX	05/01/2007	1	0-5	5	N	TESTVFC	
			0	180	N	IMMUNIZATION		

Le recomendamos usar esta opción si usted es un participante del programa VFC. De esta manera puede registrar, de forma apropiada, la elegibilidad al programa VFC para cada vacuna. Si usted usa la opción **“Add Historical Vaccination Records”** no podrá registrarlo aunque la vacuna sea de tipo VFC. Sin embargo, si completa toda la información requerida en la pantalla **“Add a Vaccination Record”** cumplirá con todos los requerimientos de auditoría del programa VFC. El método de introducción de información de vacunas VFC al sistema le ayudará a un mejor monitoreo de sus registros, así como a un mejor acoplamiento con el nuevo inventario de Florida SHOTS y el portal para pedidos de vacunas VFC.

Seleccione **“Add a Vaccination Record”**. El sistema mostrará la pantalla **“Add Vaccination Record”**, la cual se encuentra equipada con listas desplegables que se mantienen constantemente actualizadas con las nuevas vacunas que se añaden al registro central. Para mostrar estas listas solamente tiene que hacer clic sobre la flecha que se encuentra al lado de cada casilla.

ADD VACCINATION RECORD

Vaccine Type: * Date Given: *

Vaccine Information Statements

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

VIS Recipient:

Consent for treatment given by VIS recipient

Injection Site: Injection Route:

Provider Org ID: * Provider Person ID: *

Imm Service Site: *

VFC Eligibility:

Manufacturer: Include inactive

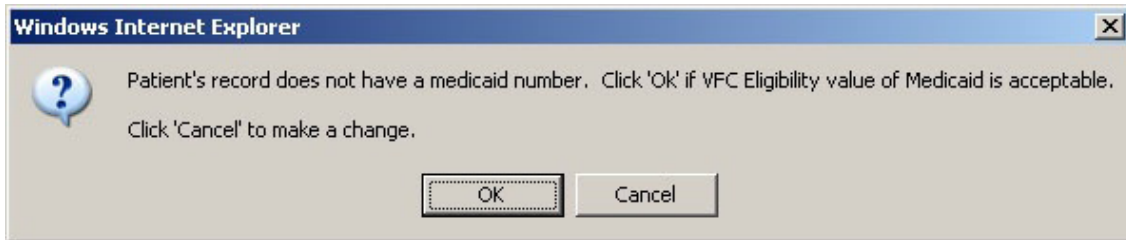
Lot Number:

Add another vaccination record after "Next" button is clicked

* Asterisk indicates a required field

2. AÑADIENDO UN REGISTRO DE VACUNACIÓN VFC (cont.)

Si añade un registro de vacunación del tipo VFC para un paciente con Medicaid, asegúrese que haya introducido el número de Medicaid del paciente en **“Patient ID Info”**; o de otro modo, le aparecerá un mensaje de error.

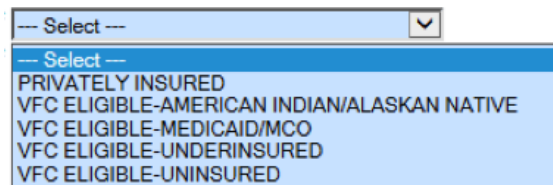


- **Tipo de vacuna:** Introduzca el tipo de vacuna recibida por el paciente.
- **Fecha recibida:** Introduzca la fecha. Si la vacuna fue recibida el mismo día que está introduciendo los datos, introduzca **“T”** y la fecha actual se mostrará automáticamente.
- **Fecha de VIS:** Introduzca la fecha de Declaración de Información de la Vacuna (VIS, por sus siglas en inglés) proveída para esta vacuna. Puede ser que algunas combinaciones de vacunas requieran múltiples fechas de VIS por cada declaración necesitada. Si una sola declaración VIS es desarrollada donde múltiples son necesitadas, por un tiempo limitado podrá ver un botón etiquetado **“Other VIS Options”** que le permitirá lo mismo usar las declaraciones por separado o usar una nueva combinación de declaraciones. **Esta información será incluida en el formulario DH687 (tarjeta de registro clínico).** Para obtener mas información sobre VIS visite: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/vis/default.htm>.
- **Recipiente de VIS:** Seleccione la persona que está recibiendo la declaración VIS para este paciente. Los nombres de la madre, padre, guardián y paciente estarán disponibles en el registro del paciente. La opción **“Other”** podrá ser seleccionada para introducir el nombre de la persona que recibe la forma así como su relación con el paciente. Si dicha persona es la madre, el padre o guardián, y el nombre introducido difiere del que se encuentra actualmente en el sistema, el usuario tendrá la opción de reemplazar la información actual con la nueva información. Esta nueva información será incluida en el Formulario DH687 (tarjeta de registro clínico), así como el consentimiento concedido o no por dicha persona para recibir el tratamiento.
- **Consentimiento concedido por el recipiente de VIS para recibir el tratamiento:** Una vez que la información de VIS es registrada, este campo se habilita y se hace requerido. Deje el valor predeterminado **“Yes”** si la persona recibiendo el VIS ha dado su consentimiento para el tratamiento. Si la persona que da el consentimiento no es la misma persona que recibió la declaraciones, la política interna sobre documentación de consentimiento de tratamiento debe ser utilizada. Esta información será incluida en el Formulario DH687 (tarjeta de registro clínico), junto con el nombre del recipiente de VIS.
- **Sitio de inyección:** Este campo permite registrar el sitio donde la inmunización es administrada. Una lista completa de locaciones y sus acrónimos puede ser encontrada en la página 7 de esta guía o en el apéndice B de la guía del usuario de Florida SHOTS.

2. AÑADIENDO UN REGISTRO DE VACUNACIÓN VFC (cont.)

- **Ruta de administración:** Este campo permite registrar el método utilizado para la administración de la vacuna. Una lista detallada de opciones disponibles puede ser encontrada igualmente en la página 7 de esta guía o en el apéndice B de la guía del usuario de Florida SHOTS. Cuando intranasal u oral es seleccionado, el sitio de inyección no es requerido.
- **ID de la organización del proveedor:** El nombre de su consultorio se muestra de forma predeterminada (si los registros de vacunación que se están introduciendo no fueron administrados en su consultorio, deberá seleccionar “OTHER” en el menú desplegable).
- **ID del proveedor:** Seleccione el ID del proveedor que se encuentra administrando la inmunización.
 - Si la vacuna ha sido administrada en un periodo de tiempo menor de 30 días (incluyendo el presente día) y su organización es seleccionada como la organización que administra la inmunización, el sistema requiere que seleccione “**Provider Person**”.
 - Si la vacuna ha sido administrada en un periodo de tiempo mayor de 30 días y su organización es seleccionada como la organización que administra la vacuna, la selección de “**Provider Person**” es entonces opcional.
 - El campo no se muestra si la organización que administra la vacuna es seleccionada como “**OTHER**”.
- **Sitio de servicio de inmunización:** Si su organización tiene más de una clínica de servicio definida en el sistema y la vacuna ha sido administrada por su organización, seleccione el sitio o clínica donde tomó lugar la administración de la vacuna.
- **Elegibilidad para el programa VFC:** Especifique la elegibilidad del paciente para recibir la vacuna a través del programa VFC acorde a los requerimientos de elegibilidad. Si vacuna a niños que no son elegibles

para vacunas a través del programa VFC, por favor seleccione “**Not VFC Eligible**” y asegúrese que este tipo de vacuna no sea administrada a dichos pacientes.



Para organizaciones privadas:

- El campo “**VFC Eligibility**” no se mostrará a menos que el número de PIN del programa VFC y la fecha de inicio sean registradas por un miembro de Florida SHOTS para su organización o sitio.
 - El campo “**VFC Eligibility**” no se mostrará a menos que el tipo de vacuna VFC sea seleccionada como la vacuna a añadir.
 - Si su organización ha registrado una fecha de inicio y culminación para el programa VFC, el campo “**VFC Eligibility**” no se mostrará a menos que el número de PIN del programa VFC y la fecha de inicio hayan sido registrados. Igualmente, la fecha de vacunación seleccionada deberá ser mayor que la fecha de inicio y menor que la fecha de culminación del programa VFC.
 - Si el campo “**VFC Eligibility**” es habilitado y el paciente es 18 años o más joven que la fecha en la que fue administrada la vacuna, deberá seleccionar una respuesta para “**VFC Eligibility**”, de otro modo este campo se mostrará de forma opcional.
 - Medicaid es la única opción que se muestra para la elegibilidad del programa VFC, siempre y cuando el identificador de Medicaid del paciente haya sido introducido.
- **Fabricante:** Este sitio requiere la selección del fabricante de la vacuna.
 - **Número de Lote:** Introduzca el número de lote de la vacuna administrada.

3. ABREVIATURAS DE VACUNAS USADAS EN FLORIDA SHOTS

VACCINE INFORMATION TABLE			
NOMBRE EN FL SHOTS	VACUNA	NOMBRE COMERCIAL	FABRICANTE (CÓDIGO)
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	Sanofi Pasteur (PMC)
FLU-MIST	Influenza Vaccine Live, Intranasal	Flumist	MedImmune (MED)
FLU UNK	Influenza Virus Vaccine, NOS	*	*
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)

3. ABREVIATURAS DE VACUNAS USADAS EN FLORIDA SHOTS (cont.)

VACCINE INFORMATION TABLE			
NOMBRE EN FL SHOTS	VACUNA	NOMBRE COMERCIAL	FABRICANTE (CÓDIGO)
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)
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)
IPV	Polio	IPOL	Sanofi Pasteur (PMC)
JENCEPH	Japanese Encephalitis	JE-VAX Ixiaro	Sanofi Pasteur (PMC) Novartis (NOV)
LYME	Lyme	*	*
MCV4	Meningococcal Conjugate	Menactra Menveo	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	Wyeth (WAL)
PCV13	13-Valent Pneumococcal Conjugate	Prevnar	Wyeth (WAL)
PEDIARIX	DtaP, Hep B, IPV	Pediarix	GlaxoSmithKline (SKB)
PENTACEL	DtaP, Hib, IPV	Pentacel	Sanofi Pasteur (PMC)
PPSV23	23-Valent Pneumococcal Polysaccharide	Pneumovax	Merck (MSD)

3. ABREVIATURAS DE VACUNAS USADAS EN FLORIDA SHOTS (cont.)

VACCINE INFORMATION TABLE			
NOMBRE EN FL SHOTS	VACUNA	NOMBRE COMERCIAL	FABRICANTE (CÓDIGO)
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)
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)

Vaccine Information Table Rev. 04/07/14

4. CÓMO INTRODUCIR CORRECTAMENTE LAS FECHAS DE VIS

En la sección **“CDC Vaccine Information Statements (VIS)”**, el sistema se encuentra predeterminado (para gran parte de las vacunas para infantes) como **“Multiple Vaccines”**. La declaración VIS para múltiples vacunas es la declaración opcional VIS que CDC ha publicado para cubrir todas la vacunas que se administran desde el nacimiento hasta los seis meses de vida. Si las declaraciones VIS le están siendo presentadas de forma individual y no en forma de **“Multiple Vaccines”**, entonces tendrá que escoger **“Other VIS Options”** para introducir las fechas separadas, como ocurre con las siguientes vacunas:

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

Para acceder rápidamente a la más reciente declaración VIS, haga clic en el vínculo **“CDC Vaccine Information Statements (VIS)”** y le redireccionará a la página VIS de CDC.

5. REPORTES PARA ASISTIR A USUARIOS DEL PROGRAMA VFC

Para obtener una lista de las vacunas pertenecientes al programa VFC que han sido administradas, puede ejecutar en Florida SHOTS un reporte de utilización de la vacuna. **“Vaccine Utilization Report”** puede ser encontrado al hacer clic en **“Vaccine Utilization”** que se localiza bajo el menú **“Reports”**.

VACCINE UTILIZATION REPORT CRITERIA Show Help Text

Submit

Date Given From: * Date Given Thru: *

Vaccine Types: All
 CHOLERA
 DT
 DTAP
 DTAP-HIB
 DTAP-IPV

IMM Service Site: All
 MUNICIPAL WAY
 OUTREACH
 PHARMACY
 ROBERTS AND STEVENS
 SCHOOL HEALTH

VFC Eligibility: All
 NOT VFC ELIGIBLE
 VFC ELIGIBLE-AMERICAN INDIAN/ALASKAN NATIVE
 VFC ELIGIBLE-FQHC ONLY
 VFC ELIGIBLE-MEDICAID/MCO
 VFC ELIGIBLE-UNINSURED

Program Component: All
 01 - VFC VACCINE
 05 - NON-VFC VACCINE
 09 - HEPATITIS PROGRAM
 Unspecified

Report Format: Client Detail
 Excel File - downloaded

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

* Asterisk indicates a required field

Para comenzar, introduzca el rango de fechas de administración de las vacunas y seleccione el(los) tipo(s) de vacuna(s) que desea que aparezca(n) en su reporte. Puede ver e imprimir el reporte seleccionando **“Client Detail”** como **“Report Format”**, o puede descargar el reporte como un documento Excel seleccionando **“Excel File – downloaded”** como **“Report Format”**. Para ejecutar el reporte, haga clic en **“Generate Vaccine Usage Report”**.

El reporte proveerá la siguiente información:

- Tipo de vacuna
- Fecha de administración
- Datos demográficos del paciente (por ejemplo, nombre, fecha de nacimiento, sexo, número de seguro social)
- Número del fabricante y de lote
- Tipo de elegibilidad para el programa VFC
- Localización
- Proveedor de servicio
- Código CPT

5. REPORTES PARA ASISTIR A USUARIOS DEL PROGRAMA VFC

El reporte sobre vacunas vencidas le permite a los usuarios autorizados generar una hoja Excel con las vacunas del inventario VFC que se encuentran vencidas o al vencerse. Para acceder a dicho reporte, haga clic sobre "VFC Inventory", seleccione "Aging Vaccine Report", y finalmente seleccione los criterios que desea que aparezcan en su reporte.

AGING VACCINE REPORT CRITERIA

Include: * Already expired vaccines
 Vaccines that will expire

Vaccines/NDCs: * All
 Vaccine Categories
 Brand Names
 NDC Numbers

Within 30 days
 Within 60 days
 Within 90 days
 On or before

DT (Pediatric)
DTaP
DTaP/HEP B/IPV
DTaP/IPV

ActHIB
Adacel
Boostrix
Cervarix

00005-1970-50: Prevnar 7 (10 Single Dose Syringes)
00005-1971-02: Prevnar 13 (10 Single Dose Syringes)
00006-4045-41: Gardasil (10 Single Dose Vials)
00006-4047-20: (25 Single Dose Tubes)

Generate Aging Vaccine Report