



## Puede ayudar a su hijo adolescente a mantenerse saludable

asegurándose de que recibe las vacunas que necesita. También puede ganar hasta \$50 en tarjetas regalo cuando su hijo reciba estas vacunas importantes.

### ¿Qué vacunas debe recibir mi hijo?

- **Tdap** (tétanos, difteria y tos ferina): se administra a los 11 o 12 años.
- **Meningococo**: se administra a los 11 o 12 años
- **VPH** (virus del papiloma humano): la primera dosis se administra a los 9 años La segunda dosis se administra entre 6 a 12 meses después de la primera dosis.



### Lista de vacunas recomendadas

Hable con su médico para saber qué vacunas necesita su hijo adolescente. También puede visitar el sitio web del Centro para el Control de Enfermedades (CDC). Vaya a **CDC.gov/vaccines/schedules/index.html**

Luego, seleccione "Calendario para niños y adolescentes".



### ¿Necesita ayuda para elegir un PCP?

Su pediatra puede ayudarle. También puede llamar a Servicios al Miembro de Aetna Better Health of Virginia. Puede solicitar una lista de los PCP en su zona.



### Servicios al Miembro

**1-800-279-1878 (TTY: 711)**

**Tenga en cuenta:** es posible que exista un límite anual en su monto total de incentivos que podría recibir por año calendario. Los servicios deben brindarse antes del 31 de diciembre de este año.

©2024 Aetna Inc.

3113166-VA-SP



## Usted decide

Gane hasta \$50 por mantener saludable a su hijo adolescente.

[AetnaBetterHealth.com/Virginia](https://AetnaBetterHealth.com/Virginia)



Aetna Better Health® of Virginia

3113166-VA-SP



## Así es como puede ganar

Pregunte al médico de su hijo adolescente qué vacunas debe recibir en su próxima visita al médico. Una vez que su hijo adolescente reciba las vacunas, pídale al médico que complete el formulario.

### Envíe por correo electrónico el formulario completo a

**QualityManagementPrograms@Aetna.com.**

O envíelo por fax al **844-203-0020**. También puede descargar el formulario en línea mediante el Portal Web del Miembro.

Simplemente vaya a **AetnaBetterHealth.com/Virginia/member-portal.html**

### Gane hasta \$50 cuando su hijo adolescente reciba estas vacunas:

- \$10 Tdap
- \$10 Meningococo
- \$10 VPH (primera dosis)
- \$10 VPH (segunda dosis)

Por completar las cuatro vacunas, usted tiene derecho a recibir \$10 adicionales.

Su hijo debe recibir todas las vacunas antes de cumplir 13 años para poder recibir la tarjeta de regalo. Para que su hijo adolescente reciba las vacunas que necesita, llame al proveedor de atención primaria (PCP) o pediatra de su hijo.

## Formulario

**Nombre del miembro (letra de imprenta):** \_\_\_\_\_

**ID del miembro** \_\_\_\_\_

**Fecha de nac. del miembro:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_

**Estado:** \_\_\_\_\_ **C. P.:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre del médico (letra de imprenta):** \_\_\_\_\_

**ID del proveedor (solo para uso del proveedor)** \_\_\_\_\_

**Dirección del consultorio:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_

**Estado:** \_\_\_\_\_ **C. P.:** \_\_\_\_\_

**Teléfono del consultorio:** \_\_\_\_\_

**Firma del médico:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la consulta:** \_\_\_\_\_

Marque todas las vacunas que recibió el paciente.	
<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> Meningococo
<input type="checkbox"/> VPH (primera dosis)	<input type="checkbox"/> VPH (segunda dosis)
<input type="checkbox"/> Marque si el miembro recibió las cuatro	