TEXAS DEPARTMENT OF STATE HEALTH SERVICES
IMMUNIZATION REGISTRY (ImmTrac)
CONSENT FORM

ImmTrac
Texas Immunization Registry

DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD
REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

***(Please print clearly** / Sirvase escribir claramente con letra de molde)*

Child's Last Name / Apellido del niño(a)

For Clinic/Office Use

Child's First Name / Nombre del niño(a)

Child's Middle Name / Segundo nombre del niño(a)

Child's Date of Birth / Fecha de nacimiento del niño(a)

***Children under 18 years only** / *Solamente niños menores de 18 años*

Child's Gender / Género: ☐ **Male** / Masculino ☐ **Female** / Femenino

Child's Address / Dirección del niño(a)

Apartment # / Apartamento #

Telephone / Teléfono

City / Ciudad

State / Estado **Zip Code** / Código postal

County / Municipio

Mother's First Name / Nombre de la madre

Mother's Maiden Name / Apellido de soltera de la madre

ImmTrac, the Texas immunization registry, is a free service of the Texas Department of State Health Services. The immunization registry is a secure and confidential service that consolidates and stores your child's (under 18 years of age) immunization records. With your consent, your child's immunization information will be included in ImmTrac. Doctors, public health departments, schools and other authorized professionals can access your child's immunization history to ensure that important vaccines are not missed.

The Texas Department of State Health Services encourages your voluntary participation in the Texas immunization registry.

El registro de inmunización (ImmTrac) de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud. El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño (menor de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño será incluida en ImmTrac. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de inmunización de su niño para asegurar que las vacunas importantes no le falten.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas.

Consent for Registration of Child and Release of Immunization Records to Authorized Entities

I understand that by granting consent below, I register my child in the Texas Department of State Health Services immunization registry and authorize the registry to include my child's information in the registry and to release past, present, and future immunization records on my child to a parent of the child and any of the following:

- public health district or local health department;
- physician or health care provider;
- insurance company, health maintenance organization or payor;
- school or child care facility in which the child is enrolled and/or
- state agency having legal custody of the child.

I understand that I may withdraw the consent to include information on my child in the ImmTrac Registry and my consent to release information from the registry at any time by written communication to the Texas Department of State Health Services, Immunization Registry, 1100 West 49th Street, Austin, Texas 78756.

Consentimiento Para Registrar al Niño(a) y Para Poder Dar a Conocer a Entidades Autorizadas el Récord de Inmunizaciones del Niño(a)

Entiendo y acepto que al autorizar mi consentimiento en la parte inferior, registro a mi niño(a) en el registro de inmunización del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas y autorizo al registro para que incluya la información de mi niño(a) en el registro y que el récord de inmunizaciones de mi niño(a) del pasado, presente y futuro sea dado a conocer a alguno de los padres del niño(a), y a cualquiera de los siguientes:

- distrito de salud pública o departamento de salud local;
- médico o proveedor de atención de salud;
- compañía de seguros, organización para el mantenimiento de salud o pagador;
- escuela o centro de cuidado de niños, en el que el niño(a) está inscrito y/o
- agencia estatal que tenga custodia legal del niño.

Reconozco y acepto que en cualquier momento puedo retirar mi consentimiento de poder incluir la información de mi niño(a) en el Registro ImmTrac, y también retirar mi consentimiento para poder dar a conocer la información del registro, por medio de comunicación escrita dirigida al Texas Department of State Health Services, Immunization Registry, 1100 West 49th Street, Austin, Texas 78756.

By my signature below, I GRANT consent for registration. I wish to INCLUDE my child's information in the Texas immunization registry.
Al firmar abajo, YO **AUTORIZO el consentimiento** para registrarlo. Deseo **INCLUIR** la información de mi niño en el registro de inmunización de Texas.

Parent, legal guardian, or managing conservator:
Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes:

Printed Name / Escriba con letra de molde

Date / Fecha

Signature / Firma

Privacy Notification: With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See http://www.dshs.state.tx.us for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 and 559.004)

Notificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a http://www.dshs.state.tx.us para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: *Government Code*, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Questions? / **¿Tiene preguntas?** (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com Stock No. C-7

Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 Revised 07/17/07

TEXAS Department of State Health Services

***PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac** – please fax this **signed** (by parent) Consent Form to ImmTrac **only if the child is not** currently registered with ImmTrac.*
Fax to: Toll free (866) 624-0180