TEXAS Health and Human Services | Texas Department of State Health Services

Request for Exemption from Immunizations for Reasons of Conscience

To submit your request online, go to: https://co-request.dshs.texas.gov.

In order to expedite your request, please print neatly or type. All information except the middle name is required. Valid dates of birth are required; future dates are not accepted.

Thank You.

Date: _____

I wish to obtain an "**Exemption from Immunizations for Reasons of Conscience Affidavit Form**". Please provide me with exemption affidavit forms for each of the individuals listed below (*maximum 5 forms per individual*):

Name of Parent/Legal Guardian/Self: _____

Mailing address: _____

Apartment Number: _____

City/State/Zip: _____

Telephone Number: _____

Please print neatly or type the information below EXACTLY as you want it to appear on the "Exemption from Immunizations for Reasons of Conscience Affidavit Form". Thank you.

First Name	Middle Name	Last Name	Birth date (mm/dd/yyyy)	Number of forms

Please mail, fax, or hand deliver your request to:

Mailing Address:
Department of State Health Services
Immunizations
MC-1946
P.O. Box 149347
Austin, TX 78714-9347

Hand Deliver:
Department of State Health Services
Immunizations
MC-1946
1100 West 49th Street
Austin, TX 78756

Fax: (512) 776-7544

Important note: No requests will be filled at the time of hand-delivery.

TEXAS Health and Human Services | Texas Department of State Health Services

Solicitud de exención de vacunación por razones de conciencia

Para presentar su solicitud en línea, visite: https://co-request.dshs.texas.gov.

Con el fin de agilizar su solicitud, escriba claramente en letra impresa o de molde. Excepto el segundo nombre, es necesario proporcionar toda la demás información. Es necesario proporcionar fechas de nacimiento válidas; no se aceptan fechas futuras.

Muchas gracias.

Fecha:_____

Deseo obtener un formulario de "**Declaración jurada sobre la exención de vacunación por razones de conciencia".** Solicito que se me proporcione un formulario de declaración jurada sobre la exención para cada una de las personas cuyos nombres aparecen más abajo (*un máximo de 5 formularios por cada persona*):

Nombre del padre, la madre o el tutor legal o de usted mismo: _____

Dirección postal: _____

Número de apartamento: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Número telefónico (es necesario para las peticiones por fax): _____

Escriba claramente en letra impresa o de molde la información a continuación EXACTAMENTE como usted quiere que aparezca en el formulario de "Declaración jurada sobre la exención de vacunación por razones de conciencia" . Muchas gracias.

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Cantidad de formularios

Presente su solicitud por correo postal, por fax o entréguela en mano a:

Dirección postal:
Department of State Health Services
Immunizations
MC-1946
P.O. Box 149347
Austin, TX 78714-9347

Entrega en mano:
Department of State Health Services
Immunizations
MC-1946
1100 West 49th Street
Austin, TX 78756

Fax: (512) 776-7544

Nota importante: Las exenciones no se tramitan en el momento de la entrega en mano de la solicitud.