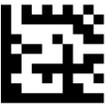




Texas Immunization Registry (ImmTrac2)
Minor Consent Form



First Name Middle Name Last Name
Date of Birth (mm/dd/yyyy) Child's Sex: Male Female Telephone Email address

Address Apartment # / Building #

City State Zip Code County

Mother's First Name Mother's Maiden Name

Race (select all that apply) Ethnicity (select only one)
American Indian or Alaska Native Asian Black or African-American Hispanic or Latino
Native Hawaiian or Other Pacific Islander White Other Race Not Hispanic or Latino
Recipient Refused Other

The Texas Immunization Registry (ImmTrac2) is a free service of the Texas Department of State Health Services (DSHS). ImmTrac2 is a secure and confidential service that consolidates and stores your immunization records.

Consent for Registration of Release of Immunization Records to Authorized Persons/Entities
I understand that, by granting the consent below, I am authorizing release of my immunization information to DSHS and I further understand that DSHS will include this information in ImmTrac2.

State law permits the inclusion of immunization records for first responders and their immediate family members in ImmTrac2. A "first responder" is defined as a public safety employee or volunteer whose duties include responding rapidly to an emergency.

Please mark the box below to indicate whether you are an immediate family member of a first responder.
I am a FIRST RESPONDER. I am an IMMEDIATE FAMILY MEMBER of a first responder.

By my signature below, I GRANT consent for registration. I wish to INCLUDE my information in the Texas Immunization Registry.
Individual (or individual's legally authorized representative):
Printed Name Signature Date

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.

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.

Questions? Tel: 800-252-9152 • Fax: 512-776-7790 • https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/
Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2)

Consentimiento para menores de edad



_____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido

____/____/____ Fecha de nac. del menor (mm/dd/aaaa) Sexo del menor: Femenino Masculino - - - _____ Teléfono _____ Correo electrónico

_____ Dirección _____ Núm. de apartamento o edificio

_____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado

_____ Nombre de la madre _____ Apellido de soltera

Raza (seleccione todos los que correspondan):			Grupo étnico (seleccione solo una):		
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispánico o latino		
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No hispano o latino		
<input type="checkbox"/> Se negó a contestar			<input type="checkbox"/> Otro		

El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2), es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida los registros de vacunación. Al darnos usted su consentimiento, los datos sobre sus vacunas se incluirán en el ImmTrac2. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso a esta información para verificar que no falten vacunas importantes. Para más información consulte la § 161.007 (d) del Código de Salud y Seguridad de Texas en <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/btm/HS.161.btm#161.007>.

Consentimiento para incluir en el registro y para divulgar sus datos a las entidades autorizadas

Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS, y entiendo además que el DSHS incluirá esta información en ImmTrac2. Una vez que la información sobre mis vacunas esté en ImmTrac2, las siguientes entidades tendrán, por ley, acceso a ella: un distrito de salud pública o departamento de salud local, por razones de salud pública, dentro de sus zonas de jurisdicción; un médico u otro proveedor de salud legalmente autorizado para aplicar vacunas, como parte del tratamiento como su paciente; una dependencia estatal que tenga custodia sobre mí; una escuela o guardería en la que el niño esté inscrito; un pagador autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas lo relacionado con mi cobertura con una póliza de dicho pagador. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, llenando y enviando el formulario Withdrawal of Consent al ImmTrac2 del Texas DSHS.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos en ImmTrac2. Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario cuyas funciones incluyen el responder rápidamente a una emergencia médica. Se define como "familiar directo" a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el socorrista. Para más información, consulte la § 161.00705 del Código de Salud y Seguridad de Texas. <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/btm/HS.161.btm#161.00705>.

Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted es un socorrista on un familiar directo de un socorrista.
 Soy un **SOCORRISTA.** Soy **FAMILIAR DIRECTO** de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo **INCLUIR** mis datos en ImmTrac2.
La persona (o su representante legalmente autorizado):

 Nombre escrito a mano Firma Fecha

Aviso de confidencialidad: Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y recibir información sobre los datos que el estado de Texas recabe sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo solicita. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, § 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

PROVIDERS REGISTERED WITH the Texas Immunization Registry: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. **DO NOT** fax to the Texas Immunization Registry. **Retain this form in your client's record.**

Questions? Tel: 800-252-9152 • Fax: 512-776-7790 • <https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/>
 Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347