



Request for Exemption from Immunizations for Reasons of Conscience

To download and print the Blank Immunization Exemption Affidavit Form from the DSHS website, go to www.immunizetexas.com. To request a mailed Immunization Exemption Affidavit Form, submit your request online at <https://co-request.dshs.texas.gov> or fill out the form, below.

In order to expedite your request, please print neatly or type.
Thank You.

Date: _____

I wish to obtain an "Exemption from Immunizations for Reasons of Conscience Affidavit Form". Please provide me with ____ blank immunization exemption affidavit forms.

Name of Parent/Legal Guardian/Self: _____

Mailing address: _____

Apartment Number: _____

City/State/Zip: _____

Telephone Number: _____

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

Mailing Address:

Department of State Health Services
Immunization Section
MC-1946
P.O. Box 149347
Austin, TX 78714-9347

Hand Deliver:

Department of State Health Services
Immunization Section
MC-1946
1100 West 49th Street
Austin, TX 78756

Fax: (512) 776-7544

Important note: Hand delivered requests may be fulfilled subject to staff and supply availability.



Solicitud de exención de vacunación por razones de conciencia

Para descargar e imprimir el formulario en blanco de la declaración jurada de exención de vacunación del sitio web del DSHS, visite www.immunizetexas.com. Para solicitar el formulario de la declaración jurada de exención de vacunación por correo postal, envíe su solicitud en línea a <https://co-request.dshs.texas.gov> o llene el formulario a continuación.

**Con el fin de agilizar su solicitud, escriba claramente en letra impresa o de molde.
Gracias.**

Fecha: _____

Deseo obtener un formulario de “Declaración jurada de la exención de vacunación por razones de conciencia”. Por favor envíenme ____ formularios en blanco de la declaración jurada de exención de vacunación.

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

Dirección postal: _____

Número de apartamento: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Mande su petición por correo postal, fax, o entrega en persona a:

Dirección postal:

Department of State Health Services
Immunization Section
MC-1946
P.O. Box 149347
Austin, TX 78714-9347

Entrega en mano:

Department of State Health Services
Immunization Section
MC-1946
1100 West 49th Street
Austin, TX 78756

Fax: (512) 776-7544

Nota importante: las solicitudes entregadas en mano se pueden proporcionar según la disponibilidad de personal y suministros.