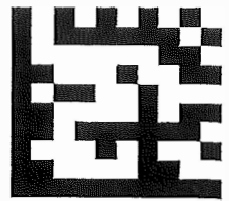




TEXAS Health and Human Services

Texas Department of State Health Services

IMMUNIZATION REGISTRY (ImmTrac2) Minor Consent Form



(Please print clearly)

Child's Last Name, Child's First Name, Child's Middle Name, Child's Date of Birth, Child's Address, Apartment #, Telephone, City, State, Zip Code, County, Mother's First Name, Mother's Maiden Name

ImmTrac2, the Texas immunization registry, is a free service of the Texas Department of State Health Services (DSHS). The immunization registry is a secure and confidential service that consolidates and stores your child's (younger than 18 years of age) immunization records. With your consent, your child's immunization information will be included in ImmTrac2. 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.

Consent for Registration of Child and Release of Immunization Records to Authorized Entities. I understand that, by granting the consent below, I am authorizing release of the child's immunization information to DSHS and I further understand that DSHS will include this information in the state's central immunization registry ("ImmTrac2"). Once in ImmTrac2, the child's immunization information may by law be accessed by: a public health district or local health department, for public health purposes within their areas of jurisdiction; a physician, or other health-care provider legally authorized to administer vaccines, for treating the child as a patient; a state agency having legal custody of the child; a Texas school or child-care facility in which the child is enrolled; a payor, currently authorized by the Texas Department of Insurance to operate in Texas, regarding coverage for the child. I understand that I may withdraw this consent to include information on my child in the ImmTrac2 Registry and my consent to release information from the Registry at any time by written communication to the Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group - MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

By my signature below, I GRANT consent for registration. I wish to INCLUDE my child's information in the Texas immunization registry. Parent, legal guardian, or managing conservator: Printed Name, Date, Signature

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.texas.gov for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

Questions? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group - MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

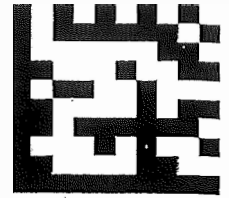
PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2: Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.



TEXAS
Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
PARA MENORES



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Apellido del Niño(a)

Nombre del Niño(a)

Segundo Nombre del Niño(a)

*Solamente niños menores de 18 años.

Género: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

Dirección del Niño(a), Calle

Apartamento #

Teléfono

Ciudad

Estado

Código Postal Condado

Nombre de la Madre

Apellido de Soltera de la Madre

ImmTrac2, el registro de inmunización de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño(a) (menor de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño(a) será incluida en ImmTrac2. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de inmunización de su niño(a) 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

Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Inmunización a las Entidades Autorizadas

Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac2, por ley la puede acceder:

- el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
- el médico, o algún otro médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente;
- la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor;
- la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito;
- el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Al firmar abajo, YO **AUTORIZO** el consentimiento para registrarlo. Deseo **INCLUIR** la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas.

Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: _____
Escriba con letra de molde

Fecha

Firma

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.texas.gov> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

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