

For Clinic/Office Use

Apellido del Niño(a)

Nombre del Niño(a)

Segundo Nombre del Niño(a)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ *\*Solamente niños menores de 18 años.*  
Fecha de Nacimiento del Niño(a)

Género:  Masculino  Femenino

Dirección del Niño(a), Calle

Apartamento #

Teléfono

Ciudad

Estado

Código Postal

Municipio

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, ImmTrac2 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.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: *Government Code*, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito.

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • [www.ImmTrac.com](http://www.ImmTrac.com)  
Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

Stock No. C-7  
Revised 05/18/2012



***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.***