DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEXAS
REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac)
(RECIÉN NACIDO) FORMULARIO DE REGISTRO

ImmTrac
Texas Immunization Registry

(Favor de escribir claramente con letra de molde)

For Clinic/Office Use

Apellido del Niño(a)

Nombre del Niño(a)

Segundo Nombre del Niño(a)

Fecha de Nacimiento del Niño(a) ***Solo recién nacidos.*

Género: ☐ **Masculino** ☐ **Femenino**

Nombre de la Madre

Apellido de Soltera de la Madre

Dirección de la Madre, Calle

Apartamento #

Teléfono

Ciudad

Estado

Código Postal

Municipio

El registro de inmunización (ImmTrac) de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud (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 ImmTrac. 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, autorizó 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 ("ImmTrac"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac, 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 ImmTrac 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.

Favor de marcar la caja ☑ indicando la selección de su preferencia.

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

☐ YO **NIEGO el consentimiento** para registrarlo. Deseo **EXCLUIR** la información de mi niño(a) del 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)

TEXAS Department of State Health Services

BIRTH REGISTRARS** – Please enter newborn client information in Texas Electronic Registrar and **affirm** that consent has been granted. **DO NOT fax to DSHS. Retain this form in the client's birth record.