



Texas Immunization Registry (ImmTrac2)
Minor Consent Form



A parent, legal guardian or managing conservator must sign this form if the client is younger than 18 years of age.

Child's First Name, Middle Name, Last Name, Date of Birth, Gender, Telephone, Email address

Child's 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)

The Texas Immunization Registry (ImmTrac2) is a free service of the Texas Department of State Health Services (DSHS). The Texas Immunization Registry is a secure and confidential service that consolidates and stores your child's (younger than 18 years of age) immunization records.

Consent for Registration of Child and Release of Immunization Records to Authorized Persons/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 Texas Immunization Registry.

State law permits the inclusion of immunization records for First Responders and their immediate family members in the Texas Immunization Registry. 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 your child is an Immediate Family Member of 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 child's information in the Texas Immunization Registry.
Parent, legal guardian, or managing conservator:
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 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



REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)
Consentimiento para menores de edad



Si el cliente es menor de 18 años, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia debe firmar este formulario.

Primer nombre del menor Segundo nombre del menor Apellido del menor

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

Dirección del menor 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):
Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano
Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico Blanco Otro
Hispanic o latino
No hispano o latino
Se negó a contestar 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 y guarda los registros de vacunación de su hijo (hasta los 18 años de edad).

Consentimiento para incluir en el registro a un menor 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 el Registro de Inmunización de Texas.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos en el Registro de Inmunización de Texas. Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario cuyas funciones incluyen el responder rápidamente a una emergencia médica.

Marque la casilla de abajo para indicar si su hijo es familiar directo de un socorrista.
Soy FAMILIAR DIRECTO de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR los datos de mi hijo en el Registro de Inmunización de Texas.
El padre o madre, tutor legal o titular de la custodia:
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.

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