

Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens

PATIENT NAME _____

DATE OF BIRTH ____/____/____
month day year

18 years and under

For parents/guardians: The following questions will help us determine which vaccines your child may be given today. If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean your child should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

	yes	no	don't know
1. Is the child sick today?	☐	☐	☐
2. Does the child have allergies to medicine, food, a vaccine component, or latex?	☐	☐	☐
3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past?	☐	☐	☐
4. Does the child have a long-term health problem with heart, lung (including asthma), kidney, liver, nervous system, or metabolic disease (e.g., diabetes), a blood disorder, no spleen, a cochlear implant, or a spinal fluid leak? Are they taking regular aspirin or salicylate medication?	☐	☐	☐
5. For children age 2 through 4 years: Has a healthcare provider told you that the child had wheezing or asthma in the past 12 months?	☐	☐	☐
6. For babies: Have you ever been told the child had intussusception?	☐	☐	☐
7. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had a brain or other nervous system problem?	☐	☐	☐
8. Has the child ever been diagnosed with a heart condition (myocarditis or pericarditis) or have they had Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS-C) after an infection with the virus that causes COVID-19?	☐	☐	☐
9. Does the child have an immune-system problem such as cancer, leukemia, HIV/AIDS?	☐	☐	☐
10. In the past 6 months, has the child taken medications that affect the immune system such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs to treat rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or had radiation treatments?	☐	☐	☐
11. Does the child's parent or sibling have an immune system problem?	☐	☐	☐
12. In the past year, has the child received immune (gamma) globulin, blood/blood products, or an antiviral drug?	☐	☐	☐
13. Is the child/teen pregnant? Date of last normal menstrual period	☐	☐	☐
14. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks?	☐	☐	☐
15. Has the child ever felt dizzy or faint before, during, or after a shot?	☐	☐	☐
16. Is the child anxious about getting a shot today?	☐	☐	☐

FORM COMPLETED BY _____ DATE _____

FORM REVIEWED BY _____ DATE _____

Did you bring your immunization record card with you? yes ☐ no ☐

It is important to have a personal record of your child's vaccinations. If you don't have one, ask the child's healthcare provider to give you one with all your child's vaccinations on it. Keep it in a safe place and bring it with you every time you seek medical care for your child. Your child will need this document to enter day care or school, for employment, or for international travel.



Lista de verificación de contradicciones de las vacunas para niños y adolescentes

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____
mes / día / año

18 años y menores

Para padres/tutores: las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar hoy a su hijo. Si responde "sí" a alguna pregunta, no significa necesariamente que su hijo no deba vacunarse. Solo significa que se deben hacer otras preguntas. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	sí	no	no sé
1. ¿El niño está enfermo hoy?	☐	☐	☐
2. ¿El niño tiene alergias a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o látex?	☐	☐	☐
3. ¿El niño ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado?	☐	☐	☐
4. ¿El niño tiene un problema de salud a largo plazo con enfermedades cardíacas, pulmonares (incluida asma), renales, hepáticas, del sistema nervioso o metabólicas (p. ej., diabetes), un trastorno de la sangre, ausencia de bazo, implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está tomando regularmente aspirina o medicamento con salicilato?	☐	☐	☐
5. Para niños de 2 a 4 años: ¿Le ha dicho un proveedor de atención médica que el niño ha tenido sibilancias o asma en los últimos 12 meses?	☐	☐	☐
6. Para bebés: ¿Le han dicho alguna vez que el niño tuvo intususcepción?	☐	☐	☐
7. ¿El niño, un hermano o un padre ha tenido una convulsión? ¿El niño ha tenido un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?	☐	☐	☐
8. ¿Se le ha diagnosticado alguna vez al niño una condición cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-C) después de una infección con el virus que causa el COVID-19?	☐	☐	☐
9. ¿El niño tiene algún problema con el sistema inmunitario, como cáncer, leucemia, VIH/SIDA?	☐	☐	☐
10. En los últimos 6 meses, ¿el niño ha tomado medicamentos que afectan al sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o fármacos contra el cáncer; fármacos para tratar la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido radioterapia?	☐	☐	☐
11. ¿Tienen los padres o los hermanos del niño algún problema con el sistema inmunitario?	☐	☐	☐
12. Durante el año pasado, ¿el niño ha recibido globulina inmunitaria (gamma), hemoderivados o un fármaco antiviral?	☐	☐	☐
13. ¿La niña/adolescente está embarazada? Cuando fue su última regla:	☐	☐	☐
14. ¿El niño ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐
15. ¿El niño se ha mareado o desmayado alguna vez antes, durante o después de una inyección?	☐	☐	☐
16. ¿El niño está ansioso por ponerse una inyección hoy?	☐	☐	☐

FORMULARIO COMPLETADO POR _____ FECHA _____

FORMULARIO REVISADO POR _____ FECHA _____

¿Trajo la tarjeta de registro de inmunización? sí ☐ no ☐

Es importante tener un registro personal de las vacunas de su hijo. Si no tiene uno, pida al proveedor de atención médica del niño que le proporcione uno con todas las vacunas de su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo consigo cada vez que busque atención médica para su hijo. Su hijo necesitará este documento para acceder a la guardería o a la escuela, para trabajar o para viajes internacionales.



FOR PROFESSIONALS www.immunize.org / FOR THE PUBLIC www.vaccineinformation.org

www.immunize.org/wp-content/uploads/catg.d/p4060-01.pdf

"Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens"

Item #P4060-01 Spanish (12/15/2023)



Scan for PDF

Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Adults

YOUR NAME _____

DATE OF BIRTH ____/____/____
month day year

19 years and older

For patients: The following questions will help us determine which vaccines you may be given today. If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean you should not be vaccinated. It just means we need to ask you more questions. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

	yes	no	don't know
1. Are you sick today?	☐	☐	☐
2. Do you have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex?	☐	☐	☐
3. Have you ever had a serious reaction after receiving a vaccine?	☐	☐	☐
4. Do you have any of the following: a long-term health problem with heart, lung, kidney, or metabolic disease (e.g., diabetes), asthma, a blood disorder, no spleen, a cochlear implant, or a spinal fluid leak? Are you on long-term aspirin therapy?	☐	☐	☐
5. Do you have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problem?	☐	☐	☐
6. Do you have a parent, brother, or sister with an immune system problem?	☐	☐	☐
7. In the past 6 months, have you taken medications that affect your immune system, such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs for the treatment of rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or have you had radiation treatments?	☐	☐	☐
8. Have you had a seizure or a brain or other nervous system problem?	☐	☐	☐
9. Have you ever been diagnosed with a heart condition (myocarditis or pericarditis) or have you had Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS-A or MIS-C) after an infection with the virus that causes COVID-19?	☐	☐	☐
10. In the past year, have you received immune (gamma) globulin, blood/blood products, or an antiviral drug?	☐	☐	☐
11. Are you pregnant? Date of last normal menstrual period:	☐	☐	☐
12. Have you received any vaccinations in the past 4 weeks?	☐	☐	☐
13. Have you ever felt dizzy or faint before, during, or after a shot?	☐	☐	☐
14. Are you anxious about getting a shot today?	☐	☐	☐

FORM COMPLETED BY _____ DATE _____

FORM REVIEWED BY _____ DATE _____

Did you bring your immunization record card with you? yes ☐ no ☐

It is important to have a personal record of your vaccinations. If you don't have a personal record, ask your healthcare provider to give you one. Keep this record in a safe place and bring it with you every time you seek medical care. Make sure your healthcare provider records all your vaccinations on it.



Lista de verificación de contraindicaciones de las vacunas para adultos

SU NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____
mes día año

19 años y mas

Para pacientes: las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar hoy. Si responde "sí" a alguna pregunta, no significa necesariamente que usted no deba vacunarse. Solo significa que necesitamos hacerle más preguntas. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	sí	no	no sé
1. ¿Está enfermo hoy?	☐	☐	☐
2. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o látex?	☐	☐	☐
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave después de recibir una vacuna?	☐	☐	☐
4. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas de salud a largo plazo con enfermedades cardíacas, pulmonares, renales o metabólicas (p. ej., diabetes), asma, un trastorno de la sangre, falta del bazo, implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está recibiendo tratamiento con aspirina a largo plazo?	☐	☐	☐
5. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario?	☐	☐	☐
6. ¿Tiene un padre/una madre, hermano o hermana con un problema del sistema inmunitario?	☐	☐	☐
7. En los últimos 6 meses, ¿ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o fármacos contra el cáncer; fármacos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido radioterapia?	☐	☐	☐
8. ¿Ha tenido una convulsión o un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?	☐	☐	☐
9. ¿Le han diagnosticado alguna vez una cardiopatía (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-A o SIM-C) después de una infección por el virus del COVID-19?	☐	☐	☐
10. Durante el año pasado, ¿ha recibido globulina inmunitaria (gamma), sangre/hemoderivados o un fármaco antiviral?	☐	☐	☐
11. ¿Está embarazada? Cuando fue su última regla:	☐	☐	☐
12. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐
13. ¿Se ha mareado o desmayado alguna vez antes, durante o después de una inyección?	☐	☐	☐
14. ¿Está ansioso por ponerse una inyección hoy?	☐	☐	☐

FORMULARIO COMPLETADO POR _____ FECHA _____

FORMULARIO REVISADO POR _____ FECHA _____

¿Trajo la tarjeta de registro de inmunización? sí ☐ no ☐

Es importante tener un registro personal de sus vacunas. Si no tiene un registro personal, pídale a su proveedor de atención médica que le dé uno. Conserve este registro en un lugar seguro y llévelo consigo cada vez que busque atención médica. Asegúrese de que su proveedor de atención médica registre todas sus vacunas.





Texas Vaccines for Children (TVFC) Program

Patient Eligibility Screening Record

18 years and under

A record of all children 18 years of age or younger who receive immunizations through the Texas Vaccines for Children (TVFC) Program must be kept in the health care provider's office for a minimum of five (5) years. The record may be completed by the parent, guardian, individual of record, or by the health care provider. TVFC eligibility screening and documentation of eligibility status must take place with each immunization visit to ensure eligibility status for the program. While verification of responses is not required, it is necessary to retain this or a similar record for each child receiving vaccines under the TVFC Program.

1. Child's Name: _____
Last Name First Name MI
2. Child's Date of Birth: ____/____/____
MM DD YYYY
3. Parent, Guardian, or Individual of Record: _____
Last Name First Name MI
4. Primary Provider's Name: _____
Last Name First Name MI
5. To determine if a child (0 through 18 years of age) is eligible to receive federal vaccine through the TVFC Program, at each immunization encounter or visit, enter the date and mark the appropriate eligibility category. If Column A - F is marked, the child is eligible for the TVFC Program. If column G is marked the child is not eligible for federal VFC vaccine.

Date	Eligible for VFC Vaccine				State Eligible		Not Eligible
	A	B	C	D	E	F	G
	Medicaid Enrolled	No Health Insurance	American Indian or Alaskan Native	* Underinsured served by FQHC, RHC, or deputized provider	** Other underinsured	*** Enrolled in CHIP	Has health insurance that covers vaccines

* Underinsured includes children with health insurance that does not include vaccines or only covers specific vaccine types. Children are only eligible for vaccines that are not covered by insurance. In addition, to receive VFC vaccine, underinsured children must be vaccinated through a Federally Qualified Health Center (FQHC), a Rural Health Clinic (RHC), or under an approved deputized provider. The deputized provider must have a written agreement with an FQHC or an RHC and the state, local, or territorial immunization program in order to vaccinate underinsured children.

** Other underinsured are children that are underinsured but are not eligible to receive federal vaccine through the TVFC Program because the provider or facility is not an FQHC or an RHC, or a deputized provider. However, these children may be served if vaccines are provided by the state program to cover these non-TVFC-eligible children.

*** Children enrolled in the State of Texas Children's Health Insurance Program (CHIP). An agreement between the DSHS Immunization Unit and CHIP stipulates that vaccines for eligible CHIP enrollees are purchased through the federal contract.



Programa de Vacunas para los Niños de Texas

Registro de la determinación de elegibilidad del paciente

18 años y menores

En el consultorio del proveedor de servicios de salud debe mantenerse, durante un mínimo de cinco (5) años, un registro de todos los niños de 18 años de edad o menores que reciban inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas para los Niños de Texas (TVFC). Dicho registro lo puede rellenar el padre o la madre, el tutor, el individuo cuyo nombre aparece en el registro, o el proveedor de servicios de salud. En cada visita para inmunización debe determinarse y documentarse el estado de elegibilidad para el TVFC a fin de asegurar que el menor es elegible para el programa. Aunque no se requiere la verificación de las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, para cada niño que reciba vacunas bajo el Programa TVFC.

- Nombre del menor: _____
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre
- Fecha de nacimiento del menor: ____/____/____
mm dd aaaa
- Padre, tutor o individuo del registro: _____
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre
- Nombre del proveedor primario: _____
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre
- Para determinar si un menor (de 0 a 18 años de edad) es elegible para recibir vacunas federales por medio del Programa TVFC, en cada cita o visita para inmunización anote la fecha y marque la categoría de elegibilidad apropiada. Si marca una columna de la A a la F, el menor es elegible para el Programa TVFC. Si marca la columna G, el menor no es elegible para las vacunas federales VFC.

Fecha	Elegible para las vacunas VFC				Elegible con programa estatal		No elegible
	A	B	C	D	E	F	G
	Inscrito en Medicaid	No tiene seguro médico	Indoamericano o nativo de Alaska	* Con seguro insuficiente, recibe atención de un FQHC, una RHC, o un proveedor delegado	** Otras situaciones de seguro insuficiente	*** Inscrito en el CHIP	Tiene seguro médico que cubre vacunas

* El seguro insuficiente incluye a los niños cuyo seguro médico no incluye vacunas o solo cubre ciertos tipos específicos de vacunas. Los niños solo son elegibles para recibir vacunas que no están cubiertas por el seguro. Además, para recibir las vacunas de VFC, los niños con seguro insuficiente deben ser vacunados en un Centro de Salud Federalmente Acreditado (FQHC), en una Clínica de Salud Rural (RHC), o por un proveedor delegado autorizado. El proveedor delegado debe tener un contrato por escrito con un FQHC o una RHC y con el programa de inmunización estatal, local o territorial para poder vacunar a los niños con seguro insuficiente.

** Otros niños con seguro insuficiente son aquellos que, aunque están insuficientemente asegurados, no son elegibles para recibir las vacunas federales por medio del Programa TVFC porque el proveedor o centro no es un FQHC, o una RHC, o un proveedor delegado. Sin embargo, estos niños pueden ser atendidos si las vacunas son proporcionadas por el programa estatal para dar cobertura a los niños que no son elegibles para el TVFC.

*** Niños inscritos en el programa estatal separado CHIP (Children's Health Insurance Program). Estos niños se consideran asegurados y no son elegibles para recibir vacunas mediante el Programa VFC. Cada estado proporciona orientación específica sobre cómo se adquieren y administran las vacunas del CHIP a través de los proveedores participantes.



TEXAS
Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services

Adult Safety Net (ASN) program

ADULT ELIGIBILITY SCREENING RECORD

PURPOSE: To determine and record eligibility for the DSHS ASN program. A record of the eligibility status of adults receiving vaccine supplied by DSHS must be maintained either in hard copy by the clinic providing the service or in an electronic system such as TWICES. Hard copies must be maintained for five years. ASN eligibility screening and documentation of eligibility status must take place at each immunization visit to ensure eligibility status for the program.

Date of Screening: / /
(mm/dd/yyyy)

19 years and older- no insurance

Name: _____
(Last) (First) (Middle initial)

Date of Birth: / / Gender: ☐ Male ☐ Female Veteran: ☐ Yes ☐ No
(mm/dd/yyyy)

Important Information for Former Military Service Members: Women and men who served in any branch of the United States Armed Forces, including Army, Navy, Marines, Air Force, Coast Guard, Reserves or National Guard may be eligible for additional benefits and services. For more information, please visit the Texas Veterans Portal at <https://texvet.org/partners/texasgov>.

ASN Eligibility Criteria (excluding COVID-19, please check only one box below):

- ☐ I declare that I qualify for vaccines through the ASN program because I do not have health insurance.
- ☐ I am 19 years of age and I have been referred to finish a vaccine series that I began when I was 18 years of age or younger and eligible under the Texas Vaccines for Children (TVFC) program. This option is only available as long as I have not reached my 20th birthday. "Vaccine series" applies to Hepatitis A, Hepatitis B, Mumps, Measles, & Rubella (MMR), and Meningococcal vaccines.
- ☐ I declare that I qualify for vaccines through Disaster Relief/Outbreak efforts. The CDC waived insurance status (insured or non-insured) for all disaster relief efforts.
- ☐ I declare that I qualify for ASN vaccines under a Special Initiative Program. The CDC waived insurance status (insured or non-insured) to allow for co-administration with ASN vaccines for a specific population.

COVID-19 Vaccine Eligibility Criteria (Please check only one box below):

- ☐ I declare that I qualify for the COVID-19 vaccines through the ASN program because I do not have health insurance.
- ☐ I declare that I qualify for the COVID-19 vaccine through the ASN program because my insurance does not cover COVID-19 vaccines.
- ☐ I declare that I qualify for the COVID-19 vaccine through the ASN program because my insurance does not provide first-dollar coverage of COVID-19 vaccinations (First-dollar coverage refers to health care services covered pre-deductible and without any cost-sharing).

Referring Provider: _____

Patient Signature: _____ Date: / /
(mm/dd/yyyy)

NOTE: Knowingly falsifying information on this document constitutes fraud. By signing this form, I hereby attest that the above information is true and correct. I declare that the person named above is eligible to receive ASN vaccines.

With few exceptions, you have the right to request and to 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 agency to correct any information that is determined to be incorrect. See www.dshs.texas.gov for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, and 559.004)

Texas Department of State Health Services
Immunization Section

Stock No. F11-12842
Revised 09/2023



TEXAS
Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services

Programa de la Red de Protección de la Salud en Adultos (ASN)

REGISTRO DE DETERMINACIÓN DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN PARA ADULTOS

PROPÓSITO: Determinar y registrar el derecho a la participación en el Programa de la Red de Protección de la Salud en Adultos (ASN) del DSHS. El registro sobre el derecho a participar en el programa de los adultos que reciben vacunas suministradas por el DSHS se debe conservar en papel en la clínica que presta el servicio o en un sistema electrónico como TWICES. Las copias en papel deben conservarse durante cinco años. Cada vez que un adulto vaya a vacunarse, será necesario determinar y documentar si reúne los requisitos para participar en el programa de ASN.

Fecha de la determinación:

____/____/____
(mm/dd/aaaa)

19 años y mas - sin seguro

Nombre:

(Apellido)

(Primer nombre)

(Inicial segundo nombre)

Fecha de nacimiento:

____/____/____
(mm/dd/aaaa)

Sexo: ☐ Hombre

☐ Mujer

Veterano: ☐ Sí ☐ No

Información importante para antiguos miembros de las Fuerzas Armadas: Los hombres y las mujeres que hayan servido en algún cuerpo de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos, incluidos el Ejército, la Fuerza Naval, la Infantería de Marina, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, el Cuerpo de Reservistas o la Guardia Nacional, podrían tener derecho a otros servicios y beneficios. Para obtener más información, visite el sitio web de los veteranos de Texas en <https://texvet.org/partners/texasgov>.

Requisitos para participar en el programa ASN (marque solo una de las siguientes casillas):

- ☐ Declaro que cumpla los requisitos para recibir vacunas a través del programa de ASN porque no tengo seguro médico.
- ☐ Tengo 19 años y he sido remitido al programa para terminar de recibir la serie completa de vacunas que empecé a recibir cuando tenía 18 años o menos y cumpla los requisitos para participar en el programa de Vacunas para Niños de Texas (TVFC). Esta opción solo está disponible hasta que cumpla 20 años. La "serie de vacunas" incluye las vacunas contra la hepatitis A, la hepatitis B, las paperas, el sarampión y la rubéola (MMR), y la vacuna antimeningocócica.
- ☐ Declaro que cumpla los requisitos para recibir vacunas a través de los servicios de ayuda en caso de desastre/pandemia. Los CDC exigen del requisito de seguro médico (la persona puede tener seguro o no tenerlo) para todos los servicios de ayuda en caso de desastre.
- ☐ Declaro que cumpla los requisitos para recibir vacunas de la ASN bajo el Programa de Iniciativa Especial. Los CDC exigen del requisito de seguro médico (la persona puede tener seguro o no tenerlo) a fin de permitir la administración en conjunto con la ASN de vacunas para una población específica.

Criterios que deben cumplirse para poder recibir la vacuna contra el COVID-19 (marque solo una de las siguientes casillas):

- ☐ Declaro que reúno los requisitos para recibir las vacunas contra el COVID-19 a través del programa de ASN porque no tengo seguro médico.
- ☐ Declaro que reúno los requisitos para recibir la vacuna contra el COVID-19 a través del programa de ASN porque mi seguro no cubre las vacunas contra el COVID-19.
- ☐ Declaro que reúno los requisitos para recibir la vacuna contra el COVID-19 a través del programa de ASN porque mi seguro no proporciona la cobertura first-dollar para las vacunas contra el COVID-19. (La cobertura first-dollar hace referencia al pago total por adelantado de los servicios de atención médica antes del deducible y sin ningún costo compartido).

Proveedor de referencia:

Firma del paciente:

Fecha:

____/____/____
(mm/dd/aaaa)

NOTA: La falsificación intencionada de los datos contenidos en este documento constituye un fraude. Al firmar este formulario, doy fe de que la información proporcionada más arriba es verídica y correcta. Declaro que la persona arriba mencionada reúne los requisitos para recibir vacunas a través del programa de la ASN.

Con pocas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y ser informado sobre los datos que el Estado de Texas recopila sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar los datos si lo solicita. También tiene derecho a pedir a la entidad estatal que corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Para más información sobre la notificación de privacidad, visite <http://www.dshs.texas.gov> (Fuente: Código Gubernamental, secciones 552.021, 552.023 y 559.004.)

17 years and under

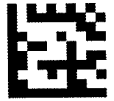


TEXAS
Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services

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 _____		Child's Middle Name _____		Child's Last Name _____	
_____/_____/_____		Child's Gender: ☐ Male	_____-_____-_____		_____
Child's Date of Birth (mm/dd/yyyy)		☐ Female	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)
☐ American Indian or Alaska Native	☐ Asian	☐ Black or African-American	☐ Hispanic or Latino
☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander	☐ White	☐ Other Race	☐ Not Hispanic or Latino
☐ Recipient Refused			☐ Other

The Texas Immunization Registry (ImmTrac2) is a free service of the Texas Department of State Health Services (DSHS). ImmTrac2 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. For more information, see Texas Health and Safety Code § 161.007 (d). <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.007>.

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 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; and 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 at any time by submitting a completed Withdrawal of Consent Form in writing to the Texas DSHS, ImmTrac2.

State law permits the inclusion of immunization records for first responders and their immediate family members in ImmTrac2. A "first responder" is defined as a public safety employee or volunteer whose duties include responding rapidly to an emergency. An "immediate family member" is defined as a parent, spouse, child, or sibling who resides in the same household as the first responder. For more information, see Texas Health and Safety Code § 161.00705. <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.00705>.

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. 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. (Reference: Tex. Gov. Code, § 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

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

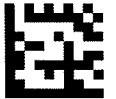
Questions? Tel: 800-252-9152 • Fax: 512-776-7790 • <https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac2/>

Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

Texas Department of State Health Services
Immunization Section

Stock No. C-7
Revised 02/2024

17 años y menores

TEXAS
Health and Human
ServicesTexas Department of State
Health ServicesREGISTRO 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 _____

_____/_____/_____
Fecha de nac. del menor (mm/dd/aaaa) Sexo del ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro
menor: 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):

- ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano
☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro
☐ Se negó a contestar

Grupo étnico (seleccione solo una):

- ☐ Hispanico o latino
☐ No hispanico o latino
☐ 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/a (hasta los 18 años de edad). Con su autorización, la información de las vacunas que recibe su hijo/a se incluirá en el ImmTrac2. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso a esta información para verificar que no falten vacunas importantes. Para más información consulte la § 161.007 (d) del Código de Salud y Seguridad de Texas en <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.007>.

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 ImmTrac2. Una vez que los datos de las vacunas de mi hijo estén en ImmTrac2, las siguientes entidades tendrán, por ley, acceso a ella: un distrito de salud pública o departamento de salud local, por razones de salud pública, dentro de sus zonas de jurisdicción; un médico u otro proveedor de salud legalmente autorizado para aplicar vacunas, como parte del tratamiento al menor como su paciente; una dependencia estatal que tenga la custodia legal del niño; una escuela o guardería en la que el niño esté inscrito; un pagador autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas lo relacionado con la cobertura del menor. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, llenando y enviando el formulario Withdrawal of Consent al ImmTrac2 del Texas DSHS.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos en ImmTrac2. Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario cuyas funciones incluyen el responder rápidamente a una emergencia médica. Se define como "familiar directo" a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el socorrista. Para más información, consulte la § 161.00705 del Código de Salud y Seguridad de Texas. <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.00705>.

Marque la casilla de abajo para indicar si su hijo/a 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 ImmTrac2.

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. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, § 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

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

Texas Department of State Health Services
Immunization SectionStock No. C-7
Revised 02/2024



TEXAS
Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services

Texas Immunization Registry (ImmTrac2) Adult Consent Form



First Name _____ Middle Name _____ Last Name _____
Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____ Gender: ☐ Male ☐ Female Telephone _____ Email address _____

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)
☐ American Indian or Alaska Native	☐ Asian	☐ Black or African-American	☐ Hispanic or Latino
☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander	☐ White	☐ Other Race	☐ Not Hispanic or Latino
☐ Recipient Refused			☐ Other

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 immunization records. With your consent, your immunization information will be included in the Texas Immunization Registry. Doctors, public health departments, schools, and other authorized professionals can access your child's immunization history to ensure that important vaccines are not missed. For more information, see Texas Health and Safety Code Sec. 161.007 (d). <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.007>.

Consent for Registration and Release of Immunization Records to Authorized Persons / Entities

I understand that, by granting the consent below, I am authorizing release of my immunization information to DSHS and I further understand that DSHS will include this information in the Texas Immunization Registry. Once in the Texas Immunization Registry, my immunization information may by law be accessed by: a Texas physician, or other health-care provider legally authorized to administer vaccines, for treatment of the individual as a patient; a Texas school in which the individual is enrolled; a Texas public health district or local health department, for public health purposes within their areas of jurisdiction; a state agency having legal custody of the individual; a payor, currently authorized by the Texas Department of Insurance to operate in Texas for immunization records relating to the specific individual covered under the payor's policy. I understand that I may withdraw this consent at any time by submitting a completed Withdrawal of Consent Form in writing to the Texas Department of State Health Services, 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. An "immediate family member" is defined as a parent, spouse, child, or sibling who resides in the same household as the First Responder. For more information, see Texas Health and Safety Code Sec. 161.00705. <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.00705>.

Please mark the appropriate box to indicate whether you are a **First Responder** or an **Immediate Family Member**.

☐ I am a **FIRST RESPONDER**. ☐ I am an **IMMEDIATE FAMILY MEMBER** (older than 18 years of age) of a First Responder.

By my signature below, I GRANT consent for registration. I wish to INCLUDE my information in the Texas Immunization Registry.
Individual (or individual's legally authorized representative):

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. 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)

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/immtrac2/>
Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347



Texas Department of State
Health Services

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)

Consentimiento para Adultos



Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Teléfono _____ Correo electrónico _____

Dirección _____ 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	☐ Hispanico o latino
☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	☐ Blanco	☐ Otro	☐ 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 los registros de vacunación. Al darnos usted su consentimiento, los datos sobre sus vacunas se incluirán en el Registro de Inmunización de Texas. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de vacunación de su hijo para verificar que no falten vacunas importantes. Para más información, consulte la sección 161.007 (d) del Código de Salud y Seguridad de Texas en <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HIS/html/HIS.161.htm#161.007>.

Consentimiento para el registro y para divulgar los registros de inmunización a las personas o 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. Una vez que la información sobre mis vacunas esté en el Registro de Inmunización de Texas, las siguientes entidades tendrán, por ley, acceso a ella: un médico u otro proveedor de salud de Texas legalmente autorizado para administrar vacunas, como parte del tratamiento que yo reciba como paciente; cualquier escuela de Texas en la que yo esté inscrito; un distrito de salud pública o departamento de salud local de Texas, por razones de salud pública, dentro de sus zonas de jurisdicción; cualquier entidad estatal que tenga custodia sobre mí; cualquier pagador autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas lo relacionado con mi cobertura con una póliza de dicho pagador. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, llenando y enviando el formulario Withdrawal of Consent al Texas Immunization Registry, Texas Department of State Health Services.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos. Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario entre cuyas funciones está responder rápidamente a una emergencia. Se define como "familiar directo" a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el socorrista. Para más información, consulte la sección 161.00705 del Código de Salud y Seguridad de Texas en <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HIS/html/HIS.161.htm#161.00705>.

Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted es un socorrista o un familiar directo de un socorrista.

☐ Soy un SOCORRISTA. ☐ Soy un FAMILIAR DIRECTO (mayor de 18 años) de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR mis datos en el Registro de Inmunización de Texas. La persona (o su representante legalmente autorizado):

Nombre escrito a mano _____

Fecha _____ Firma _____

Aviso de confidencialidad. Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a pedir y a ser informado sobre los datos que el estado de Texas recaba sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo pide. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

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/immutracs/>
Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

Texas Department of State Health Services
Immunizations

Stock No. F11-13366
Revised 02/2022