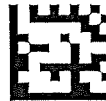




Texas Department of State  
Health Services

# 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 <input type="checkbox"/> Femenino		_____-_____-_____	
Fecha de nac. del menor (mm/dd/aaaa)		menor: <input type="checkbox"/> Masculino		Teléfono _____ Correo electrónico _____	
Dirección del menor				Núm. de apartamento o edificio _____	
Ciudad _____		Estado _____		Código postal _____ Condado _____	
Nombre de la madre			Apellido de soltera		

<b>Raza (seleccione todos los que correspondan):</b> <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se negó a contestar			<b>Grupo étnico (seleccione solo una):</b> <input type="checkbox"/> Hispanico o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> 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). Con su debida autorización, la información de las vacunas que recibe su hijo se incluirá en el Registro de Inmunización de Texas. 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 sección 161.007 (d) del Código de Salud y Seguridad de Texas en <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/btm/HS.161.btm#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 el Registro de Inmunización de Texas. Una vez que los datos de las vacunas de mi hijo estén en el Registro de Inmunización de Texas, 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 Texas Immunization Registry del Texas Department of State Health Services.

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. 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. <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/btm/HS.161.btm#161.00705>.

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. 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/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  
Immunizations

Stock No. C-7  
Revised 02/2022