



Texas Immunization Registry (ImmTrac2) Newborn Registration 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 Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____		Child's 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 child's (younger than 18 years of age) immunization records. With your consent, your child's 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/btm/HS.161.htm#161.007). <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/btm/HS.161.htm#161.007>.

Consent for Registration of Child and Release of Immunization Records to Authorized 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. Once in the Texas Immunization Registry, 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 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 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/btm/HS.161.htm#161.00705). <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/btm/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 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/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)

Formulario de registro de recién nacidos

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

Primer nombre del menor _____ Segundo nombre del menor _____ Apellido del menor _____
_____/_____/_____
Fecha de nacimiento del menor (mm/dd/aaaa) Género del ☐ Masculino menor: ☐ Femenino Teléfono _____ Correo electrónico _____

Dirección _____ Núm. de apartamento o edificio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Nombre de la Madre _____ Apellido de soltera de la madre _____

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 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.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 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.htm#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 _____

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.texas.gov> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 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