TEXAS DEPARTMENT OF STATE HEALTH SERVICES
IMMUNIZATION REGISTRY (ImmTrac)
NEWBORN REGISTRATION FORM

ImmTrac Texas Immunization Registry

(Please print clearly)

Child's Last Name

For Clinic/Office Use

Child's First Name **Child's Middle Name**

Child's Date of Birth ***Newborns only.**

Child's Gender: ☐ **Male** ☐ **Female**

Mother's First Name **Mother's Maiden Name**

Mother's Street Address **Apartment #** **Telephone**

City **State** **Zip Code** **County**

ImmTrac, the Texas immunization registry, is a free service of the Texas Department of State Health Services (DSHS). The immunization registry is a secure and confidential service that consolidates and stores your child's (under 18 years of age) immunization records. With your consent, your child's immunization information will be included in ImmTrac. Doctors, public health departments, schools and other authorized professionals can access your child's immunization history to ensure that important vaccines are not missed.

The Texas Department of State Health Services encourages your voluntary participation in the Texas immunization registry.

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 the DSHS and I further understand that DSHS will include this information in the state's central immunization registry ("ImmTrac"). Once in ImmTrac, 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;
- 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 to include information on my child in the ImmTrac Registry and my consent to release information from the Registry at any time by written communication to the Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Please mark the appropriate box ☑ to indicate your choice.

☐ I **GRANT consent** for registration. I wish to **INCLUDE** my child's information in the Texas immunization registry.

☐ I **DENY consent** for registration. I wish to **EXCLUDE** my child's information from the Texas immunization registry.

Parent, legal guardian, or managing conservator: _____
Printed Name

_____ _____
Date **Signature**

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.state.tx.us for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 and 559.004)

Questions? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com ImmTrac NB-2 Stock No. F11-11936
Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 Revised 07/11/08

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.

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 (menor de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño 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 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 Vacunación a las Entidades Autorizadas

Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizó que se dé a conocer la información de vacunación 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 en el registro de inmunización de Texas.

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