

(Please type or print clearly.)

(Sírvese escribir claramente a maquina o con letra de molde.)

Child's Last Name / Apellido del niño(a)

Child's First Name / Nombre del niño(a)

Child's Middle Name / Segundo nombre del niño(a)

Child's Date of Birth / Fecha de nacimiento del niño(a)

* Children under 18 years only / Solamente niños menores de 18 años

ImmTrac, the Texas immunization registry, is a free service of the Texas Department of State Health Services. 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 consent below, I register my child in the Texas Department of State Health Services immunization registry and authorize the registry to include my child's information in the registry and to release past, present, and future immunization records on my child to a parent of the child and any of the following:

- public health district or local health department;
- physician or health care provider;
- insurance company, health maintenance organization or payor;
- school or child care facility in which the child is enrolled and/or
- state agency having legal custody of the child.

I understand that I may withdraw the 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, Immunization Registry, 1100 West 49th Street, Austin, Texas 78756.

By my signature below, I **GRANT** consent for registration. I wish to **INCLUDE** my child's information in the Texas immunization registry. Al firmar abajo, YO **AUTORIZO** el consentimiento para registrarlo. Deseo **INCLUIR** la información de mi niño en el registro de inmunización de Texas.

Parent, legal guardian, or managing conservator:
Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes:

Printed Name / Escriba con letra de molde

Date / Fecha

Signature / Firma

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)

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)

Questions? / ¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 · (512) 458-7284 · www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services · ImmTrac Group - MC 1946 · 1100 West 49th St. · Austin, TX 78756

Stock No. C-7
Revised 05/25/05



PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac – please fax this signed (by parent) Consent Form to ImmTrac only if the child is not currently registered with ImmTrac. Fax to: (512) 458-7290 (Austin) or toll free (866) 624-0180.

TARRANT CO. IMMUNIZATION REGISTRY AUTHORIZATION FOR ELECTRONIC EXCHANGE RELEASE OF IMMUNIZATION INFORMATION

Immunization information to all of the following agencies:

- (A) Local Health Department; (B) Physician or health provider to the child; (C) School in which the child is enrolled;
(D) Child care facility in which the child is enrolled; (E) Texas Department of Health; and (F) Insurance Provider for child

Hereinafter individually referred to as a Health Provider or school or daycare provider or insurance provider.

I understand that I am authorizing the electronic exchange / release of all immunization information to the health care providers for the purpose of continual medical care. The confidentiality of the data will be maintained within legal limits.

I further understand that the revocation or refusal to sign this exchange / release will not change or prejudice my current or future health care from the Health Provider.

I understand that the Health Provider, school / day care, insurance provider, its employees, officers and physicians are released from legal responsibility or liability for the release of the above information to the extent indicated and authorized herein.

I understand that I have the right to revoke this authorization at any time with the understanding that all or part of the information may have been used in good faith prior to the revocation. I understand that my consent to this release of immunization information shall be effective until it is withdrawn in writing by me.

I have received written information about the electronic exchange and use of immunization information and the extent of its use. I have had an opportunity to ask questions and have my questions answered.

Yes, Add my child's information No, Do not add my child's information

Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices

I hereby acknowledge that I have received a copy of the "Notice of Privacy Practices" for Tarrant County Public Health Department and understand that I may contact the Privacy Office as explained therein if I have questions about the content of the notice.

Signature of Client/Parent/Legal Guardian

Date

Witness

Date

(Please type or print clearly.)

(Sírvese escribir claramente a maquina o con letra de molde.)

Child's Last Name / Apellido del niño(a)

Child's First Name / Nombre del niño(a)

Child's Middle Name / Segundo nombre del niño(a)

Child's Date of Birth / Fecha de nacimiento del niño(a)

* Children under 18 years only / Solamente niños menores de 18 años

El registro de inmunización (ImmTrac) de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud. 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 Niño(a) y Para Poder Dar a Conocer a Entidades Autorizadas el Récord de Inmunizaciones del Niño(a)
Entiendo y acepto que al autorizar mi consentimiento en la parte inferior, registro a mi niño(a) en el registro de inmunización del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas y autorizo al registro para que incluya la información de mi niño(a) en el registro y que el récord de inmunizaciones de mi niño(a) del pasado, presente y futuro sea dado a conocer a alguno de los padres del niño(a), y a cualquiera de los siguientes:

- distrito de salud pública o departamento de salud local;
- médico o proveedor de atención de salud;
- compañía de seguros, organización para el mantenimiento de salud o pagador;
- escuela o centro de cuidado de niños, en el que el niño(a) está inscrito y/o
- agencia estatal que tenga custodia legal del niño.

Reconozco y acepto que en cualquier momento puedo retirar mi consentimiento de poder incluir la información de mi niño(a) en el Registro ImmTrac, y también retirar mi consentimiento para poder dar a conocer la información del registro, por medio de comunicación escrita dirigida al Texas Department of State Health Services, Immunization Registry, 1100 West 49th Street, Austin, Texas 78756.

By my signature below, I **GRANT** consent for registration. I wish to **INCLUDE** my child's information in the Texas immunization registry.
Al firmar abajo, YO **AUTORIZO** el consentimiento para registrarlo. Deseo **INCLUIR** la información de mi niño en el registro de inmunización de Texas.

Parent, legal guardian, or managing conservator:
Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes:

Printed Name / Escriba con letra de molde

Date / Fecha

Signature / Firma

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)

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)

Questions? / ¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 · (512) 458-7284 · www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services · ImmTrac Group - MC 1946 · 1100 West 49th St. · Austin, TX 78756

Stock No. C-7
Revised 05/25/05



*PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac – please fax this signed (by parent) Consent Form to ImmTrac only if the child is not currently registered with ImmTrac.
Fax to: (512) 458-7290 (Austin) or toll free (866) 624-0180.*

REGISTRO DE INMUNIZACION DEL CONDADO TARRANT
AUTORIZACION PARA EL INTERCAMBIO/REVELACION ELECTRONICO DE INFORMACION SOBRE INMUNIZATION

Información de inmunización a las siguientes agencias:

- (A) Departamento de Salud Local; (B) Doctor o Proveedor de Salud del niño/a ; (C) Escuela donde el niño/a esta registrado;
(D) Guardería donde el niño/a esta registrado; (E) Departamento de Salud de Texas; y (F) Proveedor de Seguro del niño/a

De aquí en adelante referido individualmente como Proveedor de Salud o escuela o guardería o proveedor de seguro

Yo entiendo que estoy autorizando el intercambio/relevación electrónicamente de toda la información de inmunización a los proveedores de salud para el propósito de cuidado medico continuo. La confidencialidad de la información será mantenida dentro los limites legales.

Yo doy a entender que la revocación o denegación a firmar este intercambio/relevación no cambiara o perjudica el cuidado de salud en el presente o el futuro del proveedor de salud.

Yo entiendo que el Proveedor de Salud, escuela/guardería, proveedor de seguro, sus empleados, oficiales y médicos serán apartados de la responsabilidad legal de la relevación de la información a la ejecución dentro indicada y autorizada.

Yo entiendo que yo tengo el derecho a revocar esta autorización a cualquier tiempo con el entendimiento que toda o parte de la información sería usada en buena fe antes de la revocación. Yo entiendo que mi consentimiento a esta relevación de información de inmunización será efectivo hasta que sea retirado en escrito por mi.

He recibido información escrita sobre el intercambio electrónico y uso de mi información de inmunización y la ejecución de ella. He tenido una oportunidad de hacer preguntas y tener mis preguntas contestadas.

Si, Ponga la información No, No pongas la información

COMPROBANTE DE HABER RECIBIDO EL AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE LA PRIVACIDAD

Reconozco por este medio que he recibido una copia del "Aviso Sobre Practicas Para Protección de la Privacidad" del Departamento de Salud Publica del Condado de Tarrant y comprendo que puedo comunicarme con el Oficial de la Privacidad si tengo preguntas sobre el contenido de este aviso.

Firma del Paciente/ Padres/ Guardian

Fecha

Testigo

Fecha

