





REGISTROS DE VACUNAS (ImmTrac2) FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL NIÑO

Un padre, tutor legal o tutor principal debe firmar este formulario si el cliente es menor de 18 años.



El primer nombre del niño, Segundo nombre del niño, Apellido del niño, Fecha de nacimiento del niño, Sexo del niño, Teléfono, Dirección de correo electrónico, Dirección de la casa del niño, Edificio de apartamentos #, Ciudad, Estado, Código postal, condado, Nombre de pila de la madre, Nombre de soltera de la madre

Etnicidad (seleccione las que correspondan)

- Indio americano o nativo de Alaska, Asiático, Negro o afroamericano, Hispano o Latino, negativa a responder, Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico, Blanco, Otra etnia, negativa a responder, no hispano o latino

El Registro de Vacunación de Texas (ImmTrac2) es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El Registro de Vacunación de Texas es un servicio seguro y confidencial que consolida y almacena los registros de vacunación de su hijo (menor de 18 años).

Consentimiento para el registro del niño y la divulgación de los registros de vacunación a las personas/entidades autorizadas

Entiendo que, al otorgar el consentimiento a continuación, autorizo la divulgación de la información de vacunación del niño a DSHS y también entiendo que DSHS incluirá esta información en el Registro de Vacunación de Texas.

La ley estatal permite la inclusión de registros de vacunación para los primeros respondedores y sus familiares inmediatos en el Registro de vacunación de Texas. Un "primer respondedor" se define como un empleado o voluntario de seguridad pública cuyas funciones incluyen responder rápidamente a una emergencia.

Marque la siguiente casilla para indicar si su hijo es un familiar inmediato de un primer respondedor: Soy un FAMILIAR INMEDIATO de un primer respondedor.

Con mi firma a continuación, OTORGO mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR la información de mi hijo en el Registro de Vacunación de Texas.

Padre, tutor legal o tutor principal:

Nombre impreso, Firma, Fecha

Notificación de privacidad: con pocas excepciones, tiene derecho a solicitar y recibir información sobre la información que el estado de Texas recopila sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar la información previa solicitud.

Contact Information: Questions? Tel: (800) 348-9158 • Fax: (512) 776-7790 • www.ImmTrac.com

Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas • Inmunizaciones Registro de Inmunización de Texas – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

Texas Department of State Health Services Immunizations

Stock No. C-7 Revised 09/2021

Escanea este código QR, con tu teléfono, para acceder a la información relativa a la vacuna(s) que se está administrando.



Registro de evaluación de elegibilidad del paciente del programa de vacunas para niños de Texas (TVFC)

Se debe mantener un registro de todos los niños de 18 años de edad o menores que reciben vacunas a través del Programa de Vacunas para Niños de Texas (TVFC) en la oficina del proveedor de atención médica para un mínimo de cinco (5) años.

El primer nombre del niño, segundo nombre, apellido del niño, 2. Fecha de nacimiento del niño, 3. Padre, Tutor o Individuo Registrado, Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre, 4. Por favor marque la categoría que aplica: está inscrito en Medicaid, es un indio americano o un nativo de Alaska, no tienen seguro de salud, está inscrito en el Plan de Seguro de Salud para Niños CHIP, tiene seguro insuficiente, Tiene un seguro privado que cubre las vacunas.

