



# REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2)

## Consentimiento para menores de edad



(Llene a mano claramente)

Primer nombre del menor \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nac. del menor (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ \*Solo para menores de 18 años Sexo del menor:  Femenino  Masculino Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del menor \_\_\_\_\_ Núm. de apartamento \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Apellido de soltera \_\_\_\_\_

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>Raza (seleccione todos los que correspondan):</b><br><input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano<br><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> Se negó a contestar |  |  | <b>Grupo étnico (seleccione solo una):</b><br><input type="checkbox"/> Hispánico o latino<br><input type="checkbox"/> No hispano o latino<br><input type="checkbox"/> Se negó a contestar |
|--|--|--|---|

ImmTrac2, el registro de vacunaciones de Texas, 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 ImmTrac2. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso a esta información para verificar que no falten vacunas importantes. El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas lo anima a que participe de forma voluntaria en el registro de inmunización de Texas.

**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 central de inmunización de Texas ("ImmTrac2"). Una vez que los datos de las vacunas de mi hijo estén en el ImmTrac2, 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 para incluir los datos de mi hijo en el registro ImmTrac2 para divulgar la información contenida en el registro en cualquier momento, enviando una carta a esta dirección: Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

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.

Padre, tutor o titular de la custodia: \_\_\_\_\_

Nombre escrito a mano \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**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)

¿Tiene alguna pregunta? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • [www.ImmTrac.com](http://www.ImmTrac.com)  
 Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

**PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2**

Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted.  
 DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.

I received or was offered a copy of the Vaccine Information Statement (VIS) for each vaccine. I know the risks of the disease each vaccine prevents. I know the benefits and risks of each vaccine. I have had a chance to ask questions about the disease, the vaccines, and how the vaccines are given. I know that the person receiving the vaccine will have the vaccine put into his/her body to prevent an infectious disease. I am an adult who can legally consent for the person named below to get the vaccine. I freely and voluntarily give my signed permission for the vaccines.

Recibí o se me ofreció una hoja con información sobre cada vacuna (VIS). Conozco los riesgos de las enfermedades que cada vacuna previene. Conozco los beneficios y riesgos que estas vacunas tienen. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades, las vacunas y cómo son administradas las vacunas. Sé que la persona recibiendo la vacuna la tendrá en su cuerpo para prevenir una enfermedad contagiosa. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

**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.tx.gov> 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.tx.gov> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, Sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

**Privacy Notice:** I acknowledge that I have received a copy of my immunization provider's HIPAA Privacy Notice.

**Aviso sobre derechos de la vida privada:** Yo admito haber recibido una copia del aviso sobre derechos de la vida privada.

Yes, HIPAA received       No HIPAA received

Si, Recibí HIPAA       No Recibí HIPAA

|             |                     |                                     |                              |                              |                |                                   |         |                       |                            |             |                            |                                    |                                  |           |
|-------------|---------------------|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------|-----------------------------------|---------|-----------------------|----------------------------|-------------|----------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-----------|
| Hepatitis B | DTaP/DT/DTP/Td/Tdap | Haemophilus influenzae type b (Hib) | Pneumococcal Conjugate (PCV) | Polio (IPV/OPV) (Circle one) | Rotavirus (RV) | Measles, Mumps, and Rubella (MMR) | Measles | Vaccinia (Chickenpox) | Meningococcal (MCV4/MPSV4) | Hepatitis A | Human Papillomavirus (HPV) | Pneumococcal Polysaccharide (PPSV) | Serogroup B Meningococcal (MenB) | Influenza |
|             |                     |                                     |                              |                              |                |                                   |         |                       |                            |             |                            |                                    |                                  |           |

Check vaccines to be given then enter date, sign, and complete the section below.  
 Señale las vacunas que se van a dar, escriba la fecha, firme y llene la parte de abajo.

| Date<br>Fecha                       | Signature/Relation/Address/Telephone<br>Firma/Relación/Dirección/Teléfono |
|-------------------------------------|---|
|                                     | X   |
| Witness Signature/Firma del Testigo |   |
|                                     |   |
| Witness Signature/Firma del Testigo |   |
|                                     |   |
| Witness Signature/Firma del Testigo |   |
|                                     |   |
| Witness Signature/Firma del Testigo |   |
|                                     |   |
| Witness Signature/Firma del Testigo |   |
|                                     |   |

**ProCare Health Services**  
 2101 E. Griffin Pkwy  
 Mission TX 78572  
 (956) 205-2204



**TEXAS**  
 Health and Human  
 Services

Texas Department of State  
 Health Services

| Date | Vaccine                                     | Mfg | Lot No. | Site Given | Given by | Date VIS Given | VIS Date |
|------|---|-----|---------|------------|----------|----------------|----------|
|      | Hepatitis B                                 |     |         |            |          |                |          |
|      | Hepatitis B                                 |     |         |            |          |                |          |
|      | Hepatitis B                                 |     |         |            |          |                |          |
|      | DTaP/DT/DTP/Td/Tdap                         |     |         |            |          |                |          |
|      | DTaP/DT/DTP/Td/Tdap                         |     |         |            |          |                |          |
|      | DTaP/DT/DTP/Td/Tdap                         |     |         |            |          |                |          |
|      | DTaP/DT/DTP/Td/Tdap                         |     |         |            |          |                |          |
|      | DTaP/DT/DTP/Td/Tdap                         |     |         |            |          |                |          |
|      | DTaP/DT/DTP/Td/Tdap                         |     |         |            |          |                |          |
|      | Hib   |     |         |            |          |                |          |
|      | Hib   |     |         |            |          |                |          |
|      | Hib   |     |         |            |          |                |          |
|      | Hib   |     |         |            |          |                |          |
|      | PCV   |     |         |            |          |                |          |
|      | PCV   |     |         |            |          |                |          |
|      | PCV   |     |         |            |          |                |          |
|      | PCV   |     |         |            |          |                |          |
|      | IPV/OPV                                     |     |         |            |          |                |          |
|      | IPV/OPV                                     |     |         |            |          |                |          |
|      | IPV/OPV                                     |     |         |            |          |                |          |
|      | IPV/OPV                                     |     |         |            |          |                |          |
|      | RV  |     |         |            |          |                |          |
|      | RV  |     |         |            |          |                |          |
|      | RV  |     |         |            |          |                |          |
|      | MMR   |     |         |            |          |                |          |
|      | MMR   |     |         |            |          |                |          |
|      | Measles                                     |     |         |            |          |                |          |
|      | Varicella (Chickenpox)                      |     |         |            |          |                |          |
|      | Varicella (Chickenpox)                      |     |         |            |          |                |          |
|      | Varicella History/Date of Varicella Disease |     |         |            |          |                |          |
|      | MCV4/MPSV4                                  |     |         |            |          |                |          |
|      | MCV4/MPSV4                                  |     |         |            |          |                |          |
|      | Hepatitis A                                 |     |         |            |          |                |          |
|      | Hepatitis A                                 |     |         |            |          |                |          |
|      | HPV   |     |         |            |          |                |          |
|      | HPV   |     |         |            |          |                |          |
|      | HPV   |     |         |            |          |                |          |
|      | PPSV  |     |         |            |          |                |          |
|      | MenB  |     |         |            |          |                |          |
|      | MenB  |     |         |            |          |                |          |
|      | Influenza                                   |     |         |            |          |                |          |

Last/APELLIDO \_\_\_\_\_ First/NOMBRE \_\_\_\_\_ Middle/Segundo nombre \_\_\_\_\_ Birth date/Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sex/Sexo \_\_\_\_\_

Address/DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ Telephone Number/Número de teléfono \_\_\_\_\_ Race/Raza \_\_\_\_\_

City/Ciudad \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_ Zip/Código postal \_\_\_\_\_ County/Condado \_\_\_\_\_

~~Social Security Number/Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Medicaid Number/Número de Medicaid \_\_\_\_\_ WIC Number/Número de WIC \_\_\_\_\_~~

Parent's Name/NOMBRE del padre o de la madre \_\_\_\_\_ Mother's Maiden Name/APELLIDO de soltera de la madre \_\_\_\_\_

# Vaccine Administration Record for Minor

Patient Name: \_\_\_\_\_

Birthdate: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Before administering any vaccines, give the patient copies of all pertinent Vaccine Information Statements (VIS) and make sure he/she understands the risks and benefits of the vaccine(s). Always provide or update the patient's personal record card.

| Vaccines                    | Date given | Funding Source | Site | Vaccine |      | Vaccine Information Statement (VIS) |            | Vaccinator (initials) |
|-----------------------------|------------|----------------|------|---------|------|-------------------------------------|------------|-----------------------|
|                             |            |                |      | Lot #   | Mfr. | Date on VIS                         | Date given |                       |
| Hep B                       |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
| Dtap/Dt/<br>DTP/<br>Td/Tdap |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
| Hib                         |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
| PCV 13                      |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
| IPV                         |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
| RV                          |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
| MMR                         |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
| Varicella                   |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
| MCV4                        |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
| Hep A                       |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
| HPV 9<br>(Gardasil)         |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
| MenB<br>(Bexsero)           |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
| Influenza                   |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |
|                             |            | P              | L/R  |         |      |                                     |            |                       |

I received a copy of THE VIS, read and know about the benefits and risks for each vaccine. I voluntarily give permission for vaccines; and, with my signature I consent to all vaccines administered. (One time signature)



Name / Nombre: \_\_\_\_\_

Signature / Firma: **X** \_\_\_\_\_