



ImmTrac2 Immunization Registry AUTHORIZATION TO RELEASE OFFICIAL IMMUNIZATION HISTORY

(Please print clearly)

Client's Name: Last First Middle

Client's Date of Birth: / / Client's Gender: Male Female

Address: Street City State Zip

Please indicate how and where to send this official immunization record.

Name / Organization:

Address: Street City State Zip

Phone Number: ( )

Send official immunization record by: Walk-in / In person Mail to address above Fax Number: ( )

Requestor Information - must complete in entirety

I, Print Name of Client (or Parent, Legal Guardian, Managing Conservator for a child), authorize the Texas Department of State Health Services to release this client's official immunization record from the Texas Immunization Registry (ImmTrac).

Address: Street City State Zip

E-mail address (if available): Phone Number: ( )

Signature of Client (or Parent, Legal Guardian, or Managing Conservator for a child): 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)

For Office Use Only

Date Searched / Released: Record Released Record Not Found By: Record Found, but No Immunizations Reported

If you have any questions or concerns please contact the Texas Department of State Health Services (ImmTrac Group) at (800)2529152 or via e-mail at ImmTrac@dshs.state.tx.us.

Mail To: Texas Department of State Health Services ImmTrac Group MC-1946 P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347

Fax to: (512) 776-7790 (512) 776-7288



ImmTrac2 Immunization Registry
AUTORIZACIÓN PARA DAR A CONOCER
EL HISTORIAL OFICIAL DE LAS VACUNAS

(Please print clearly)

Nombre del Cliente: Apellido Nombre Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento: Mes Día Año Género: Masculino Femenino
Dirección: Número y Calle Ciudad Estado Código Postal

Por favor indique cómo y adónde mandar este documento oficial de las vacunas.

Nombre / Organización:
Dirección: Número y Calle Ciudad Estado Código Postal
Número Telefónico:
Envíe el documento oficial de las vacunas: Sin cita / En persona Por correo postal a la dirección de abajo
Al número de fax:

Información del Solicitante – debe llenar por completo

Yo, Nombre del Cliente (o el Padre, Tutor Legal o Custodio administrador del niño), autorizo al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas para que de a conocer el documento oficial de las vacunas del cliente del registro de vacunas de Texas (ImmTrac).

Dirección: Número y Calle Ciudad Estado Código Postal
Dirección de correo electrónico (si disponible): Número Telefónico:

Firma del Cliente (o el Padre, Tutor Legal o Custodio administrador del niño) Fecha:

Notificación de privacidad: con ciertas excepciones, tiene derecho a pedir y a ser informado sobre la información que el estado de Texas reúne sobre usted. Tiene derecho a recibir y examinar la información al pedirla. También tiene derecho a pedir a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine es incorrecta. Consulte http://www.dshs.texas.gov para obtener más información sobre la notificación de privacidad. (Referencia: Código gubernamental, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Sólo para uso de la oficina (For Office Use Only)

Date Searched / Released: Record Released Record Not Found
By: Record Found, but No Immunizations Reported

Si tiene preguntas o dudas por favor comuníquese con el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (Grupo ImmTrac), al teléfono (800) 252-9152, o por correo electrónico a ImmTrac@dshs.state.tx.us.

Envíe por correo postal a: Texas Department of State Health Services ImmTrac Group MC-1946 P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347

Envíe por fax a: (512) 776-7790 (512) 776-7288