Birth Certificates in Texas

You Have to Prove:

- 1. Your pregnancy: This has to be a notarized affidavit from a medical provider.
- 2. That the infant was born alive: A medical record for your baby or a letter from a provider.
- 3. That the infant was born in the registration district: If your baby was born at home, you just need proof of residency for this (utility bill, rent receipt etc.).
- 4. That the infant was born on the date stated: A medical record from a licensed institution.

Use of Affidavits

For one of the above cases you can use an affidavit. Let's say you didn't take your baby to a doctor on the day he or she was born. In that case, you may want to ask a friend or family member to sign an affidavit stating that the infant was in fact born on that day at that time at your residence. You will have to get that affidavit notarized. Most banks will notarize free of charge, but places like UPS may offer notary services for a small fee, too. Be as specific as possible on the affidavit (even to the point of being redundant) to avoid having to do it over. For example, the affidavit shouldn't just list the date and time the baby was born but also the names and addresses of the parent and the birth place of the baby.



Birth Worksheet for Child's Birth Certificate

This birth certificate worksheet is a tool to help your facility collect the necessary information for reporting births in TxEVER, the Texas Electronic Vital Events Registrar. Medical personnel should complete this worksheet. The information you report in TxEVER is used to create a child's birth certificate. Ensure the information you report is correct so that an accurate birth certificate is created. The birth certificate is a legal document that the child will use throughout their life to prove their identity, birthplace, and parentage. The State of Texas safeguards against the unauthorized release of identifying information from birth certificates to protect the confidentiality of parents and their child.

	Newb	วก	
TUTE OF A DESCRIPTION OF A	Newborn Inf	ormation	
Record Type: Born at this facility Born en-route to facility Foundling/ Safe Haven Home birth-Intended Home birth-Intent unknown Home birth-Unintended Surrogacy-1 Parent Surrogacy-2 Parent	Plurality: Single Twins U Triplets Quadruplets Quintuplets Sextuplets Septuplets Eight Nine U Ten Unknown	Birth Order: First Second Third Fourth Fifth Sixth Seventh Eighth Ninth Tenth Conjoined	Is Child Unnamed? • Yes • No
First Name:	Middle Name:	Last Name:	Suffix:
Date of Birth:	Time of Birth: : a AM a PM	Sex: Female Male Unknown/ Not yet Determined	Infant's Medical Record Number:
Parents Authorize Release of Ir ¤ Yes ¤ No ¤ Unknown	SSN Information to Social Securion Mother's Info	ity Administration to Issue	this Child a SSN:
Title Preference: □ Mother □ Father □ Parent	Legal First Name:	Legal Middle Name:	Legal Last Name:



Texas Department of State Health Services

Facility Information & Place of Birth						
Name:	Facility Name Other (Specify):	Type: □ Clinic/Doctor's Office	Type Other Specify:			
Facility Name:		 Home Birth Intended Home Birth Intent Unknown 				
D Other		 Home Birth Unintended Hospital Licensed Birthing Center Other Unknown 				
Address:	Apt:	State:	County:			
Local:	City/Town:	Zip:	Zip Ext:			

	The second se	Mother			
	Mother's Name	Prior to First Mar	riage		
n Same as Mother's L	egal Name?				
First Name:	Middle Name:	Last Name:	Suffix:		
	Mother	's Information			
Date of Birth: /	1	Age at Child's Birth	:		
Birthplace: (Click Che Countries Only)	ckbox to Filter Foreign	SSN:			
Marital Status: Never Married Married Married, Husband Info Refused Divorced Widowed		□ Yes	 No Yes, but refusing presumed father information 		
Not Stated/Unknown AOP Involved? • Yes • No • Yes		Date Acknowledger	nent of Paternity Signed:		
Did Mother Relinquish		Mother's Relinquish	Date: / /		

TEXAS Health and Human Services

Texas Department of State Health Services

Birth Worksheet for Child's Birth Certificate

Mother's Miscellaneous Information						
Education Level:						
a 8 th Grade or Less						
□ 9 th -12 th Grade No Diplo	ma					
- High School Graduate o		ed				
a Some College Credit, N						
a Associate Degree (E.G.						
Bachelor's Degree (BA,	AB, BS)					
□ Master's Degree (E.G.,		MED, N	1SW, MBA)			
Doctorate or Profession				', JD)		
Unknown/Not stated			·			
Occupation:			Kind of Business or Indu	istry:		
Email:		-				
<u></u>	the owle Dee	i d a la	an Addung Info			
I*IC	thers Res	siden	ce Address Info	rmation		
Withheld by Request or	ι ΑΟΡ	-				
Address:		Apt:	State/Country:	County:		
City/Town:	City (Other):		Zip:	Zip Ext:		
Inside City Limits:						
⊡Yës ⊡No ⊡Unk	nown					
\sim	lother's M	ailing	g Address Inforr	nation		
□ Same as Residence?						
Address:	Apt:		State/Country:	County:		
City/Town:	City (Other):		Zip:	Zip Ext:		
- //						
			•			
			Demographics			
In the second states of the second	a la la Ser de la Constantin de la Ser de Bala N	ian				
	۷I	iothe	er's Ethnicity			
🛛 🗆 No, Not Spanish/Hispar						
🗆 Yes, Mexican, Mexican 🤅	🗆 Yes, Mexican, Mexican American, Chicana					
a Yes, Puerto Rican						

🗆 Yes, Cuban

Yes, Other Hispanic (Specify: _____)

a Unknown



Mother's Race
 White Black or African American American Indian or Alaska Native (Name of the Enrolled or Principal Tribe:) Asian Indian Chinese Filipino Japanese Korean Vietnamese Other Asian (Specify:) Native Hawaiian Guamanian or Chamorro Samoan Other Pacific Islander (Specify:) Other (Specify:) Unknown

	Fath	er	
	Father's Leg	gal Name	
Title Preference: D Mo	ther 🗆 Father 🗉 Parent		
First Name:	Middle Name:	Last Name:	Suffix:
	Father's Mai	den Name	
Same as Father'	s Legal Name?		
First Name:	Middle Name:	Last Name:	Suffix:
	Father's Inf	ormation	1
Date of Birth:	Age:		
//			
Birthplace: (Click Check	box to Filter Foreign Countries	Only) SSN:	

TEXAS Health and Human Services

Birth Worksheet for Child's Birth Certificate

ather's Miscellaneous Information

Fdlf	ier s mis	Cenane						
Education Level:								
8 th Grade or Less								
9 th -12 th Grade No Diploma								
B High School Graduate or GED	Completed							
Some College Credit, No Degr	ee							
Associate Degree (E.G., AA, A								
Bachelor's Degree (BA, AB, BS)								
I Master's Degree (E.G., MA, MS)								
Doctorate or Professional Deg	ree (E.G., Ph	D, EDD, MD), DDS, DVM, LLV, JD)					
Unknown/Not stated								
Occupation:	ation: Kind of Business or Industry:							
Fathe	er's Mail	ing Add	ress Informatio	n				
Withheld by Request on AOP		□ Same as	Mother's Mailing?					
Address:		Apt:	State/Country:	County:				
		-						
City/Town:	City (Other):	Zip:	Zip Ext:				
		•						
			<u> </u>					

_ .. _. . _ . _. _



Father Demographics

Father's Ethnicity	Father's Race
No, Not Spanish/Hispanic/Latino	🗆 White
Yes, Mexican, Mexican American, Chicano	Black or African-American
🗆 Yes, Puerto Rican	• American Indian or Alaska Native
Yes, Other Hispanic (Specify)	(Name of the Enrolled or Principal Tribe)
n Unknown	🗆 Asian Indian
Refused	🗅 Chinese
	🗆 Filipino
	🗆 Japanese
	🗆 Korean
	🗅 Vietnamese
	🛛 Other Asian (Specify)
	🗆 Native Hawaiian
	o Guamanian or Chamorro
	🗆 Samoan
	Other Pacific Islander (Specify)
	Other (Specify)
	🗆 Unknown
	Refused

This tab displays when AOP = yes on Mother's Tab and marital status = yes

	Pres	sume	d Fa	ather		
	Presumed	l Fathe	r's L	.egal Name		
First Name:	Middle Name:			Last Name:		Suffix:
	Presumed	Fathe	r's I	nformation	·	
Date of Birth:/	/ !	SSN:		*		
Presume	ed Father's	s Mailir	ng A	ddress Infor	mation	
Withheld by Request on A	OP	🖾 Same a	as Moti	her's Mailing?		
Address:		Apt:	Sta	ate/Country:	Count	ty:
City/Town:	City (Other	·):	Zip	:	Zip E	xt:

TEXA Health and Services	
--------------------------------	--

This tab displays when record type = surrogacy 1 parent/surrogacy 2 pare	ent
--	-----

	L Inte	nded Mother				
Intended Mother's Current Legal Name						
Title Preference: 🛛 🗆 Moth	ner 🛛 🗆 Father	D Parent				
First Name:	Middle Name:	Last Name:	Suffix:			
Intenc	led Mother's	Name Prior to First M	arriage			
Same as Intended Mother	s Legal Name? 🛛 🗆	Yes 🗆 No				
First Name:	Middle Name:	Last Name:	Suffix:			
	Mothe	er's Information				
Date of Birth://	Age:	Birthplace: (Click Checkbox to Fi	ter Foreign Countries Only)			
SSN:	I					
Intended Mothers Medicaio	cended Moth	er's Medicaid Informat Intended Mothers Medica	id Chip Number:			
Address:	Apt:	Residence Address Info	County:			
City/Town:	Zip:	Zip Ext:	Inside City Limits:			
Intended Mother's Mailing Address Information						
Same as Residence?						
Address:	Apt:	State/Country:	County:			
City/Town:	City (Other):	Zip:	Zip Ext:			



Texas Department of State

Health Services

	In In	cended Father	
	Intende	d Father's Legal Name	2
Title Preference:	🗆 Mother 🔹 🛛 F	ather 🛛 🗅 Parent	
First Name:	Middle Name:	Last Name:	Suffix:
	Fath	er's Maiden Name	
Same as Intendeo	d Father's Legal Name?	🗆 Yes 🗆 No	
First Name:	Middle Name:	Last Name:	Suffix:
	Intende	d Father's Informatior	1
Date of Birth:	Age:	Birthplace (Click Checkbox to Filter Foreign Countries Only):	SSN:

		N-	and the second	
	Mother I	/ledical - 1		
SECONDER (CLUR) ALER IN TO A CLUB ALER IN THE SECONDER AND A CLUB ALER IN THE SECONDER ALER INTERNAL ALER IN THE SECONDER ALER INTERNAL ALER INT	Ge	neral		
Mother Transferred for Delivery?If YES, from What Location:YESOTHERNO(Option to Search All Locations Available in TxEVER)				
Mother Transfer Facility - Other:	·			
Principal Source of Payment: PRIVATE INSURANCE (BLUE CROS MEDICAID/CHIP (PENDING OR NO SELF PAY OTHER INDIAN HEALTH SERVICE CHAMPUS/TRICARE OTHER GOVERNMENT (FEDERAL,)	D, AETNA, ETC.)		
Principal Source of Payment – Othe	r (Specify):			
Did Mother Get WIC Food for Herse	If during This Pro	egnancy? 🗆 Yes 🗆 No		
Mother's Medicaid Chip Name:		Mother's Medicaid Chip Number:		



Cio	arettes	Infor	mation
LIU	arelles	THIOL	mation

Did Mother Smoke Cigarettes before or during Pregnancy?					
Did Mother Report in Packs?	Did Mother Report in Packs?				
Did Mother Report in Cigarettes?					
# of Cigarettes Per Day # of Packs Per Day					
Three Months before Pregnancy					
First Trimester	First Trimester				
Second Trimester	Second Trimester				
Third Trimester					
Mother's Health Information					
Mother's Weight at Delivery (lbs): Mother's Pre-Pregnancy Weight (lbs):					
Mother's Height (Feet/Inches):		Date Last Normal Menses Began:			

HIV Testing

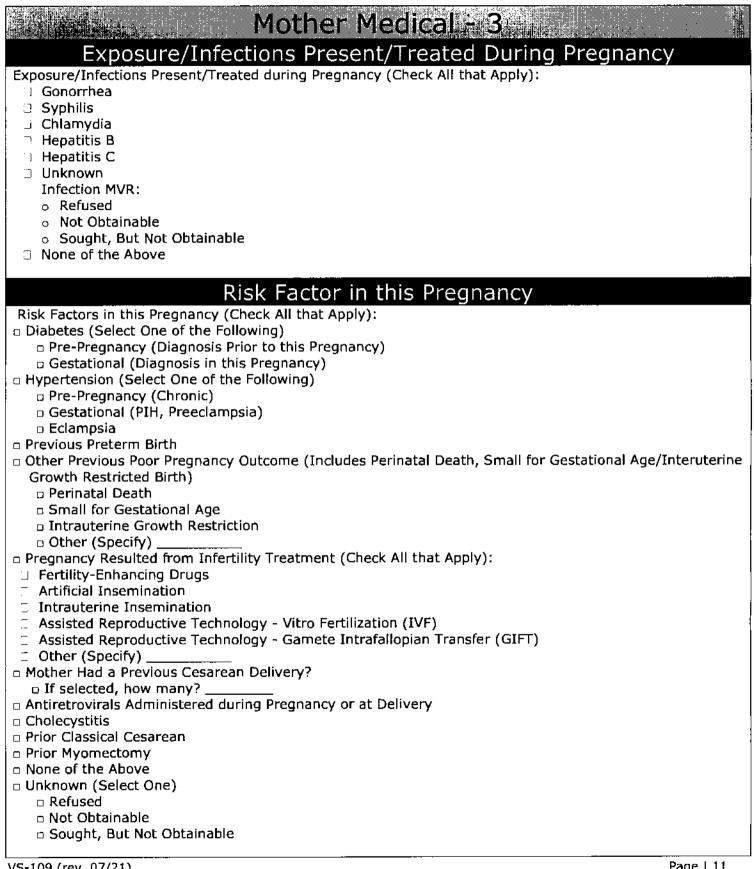
HIV Test Done Prenatally?	🗆 Yes	0 NO	
Check All that Apply:			
HIV Test Done at Delivery?	ves	🗆 No	🗆 Unknown
Infant Tested for HIV at Birt	h? 🗆 Yes	5 🗆 N	o 🗆 Unknown

.



Mother Me	dical - 2				
Pregnancy					
Number of Previous Live Births Now Living (Do Not Ind					
Number of Previous Live Births Now Dead:					
Date of Last Live Birth: / /	Number of Other Pregnancy Outcomes:				
Date of Last Other Pregnancy Outcome:/	/				
Prena					
Did Mother Receive Prenatal Care?	o Unknown				
Date of First Prenatal Care Visit:///					
Date of Last Prenatal Care Visit:///					
Total Number of Prenatal Care Visits; If None, Enter '0'					
Source of Prenatal Care Visits Hospital Public Health Clinic Private Physician Midwife Other: Specify None Unknown MVR (Missing Value Reason) Refused Not Obtainable Sought But Not Obtainable 					
Method of Delivery					
Was Delivery with Forceps Attempted but Unsuccessful? Yes No					
Was Delivery with Vacuum Extraction Attempted but Unsuccessful?					
Fetal Presentation at Birth? Cephalic Breech Other Other	Final Route & Method of Delivery? Vaginal/Spontaneous Vaginal/Forceps Vaginal/Vacuum Cesarean (Final Route) Unknown				
If Cesarean, Was a Trial of Labor Attempted? o Yes	🗆 No				







Mother Medical – 4				
Obstetric Procedures	Onset of Labor			
Obstetric Procedures (check all that apply):	Onset of Labor (check all that apply): Premature Rupture of the Membranes (Prolonged)			
Cervical Cerclage	> 18 Hours)			
External Cephalic Version (choose one):	Precipitous Labor (Less than 3 Hours)			
Successful	Prolonged Labor (Greater than 20 Hours)			
🗆 Failed	None of the Above			
🛛 Tocolysis	🗆 Unknown			
None of the Above	Refused			
	Not Obtainable			
	Sought But Not Obtainable			
Characteristics of Labor &	Maternal Morbidity			
Delivery				
Characteristics of Labor & Delivery (Check All that Apply): Induction of Labor Augmentation of Labor Non-Vertex Presentation Steroids (Glucocorticoids) for Fetal Lung Maturation Received by the Mother Prior to Delivery Antibiotics Received by Mother during Labor Clinical Chorioamnionitis Diagnosed during Labor Clinical Chorioamnionitis Diagnosed during Labor Maternal Temperature is > 38 C (100.4 F) Moderate/Heavy Meconium Staining of the Amniotic Fluid Fetal Intolerance of Labor Such That One of More of the Following Action Was Taken: In-Utero Resuscitative Measures, Further Fetal Assessment, or Operative Delivery Epidural or Spinal Anesthesia during Labor None of the Above Other Complication Not Listed No Complications Determined	Complication Associated with Labor and Delivery (Check all that apply): Maternal Transfusion Third or Fourth Degree Perineal Laceration Ruptured Uterus Unplanned Hysterectomy Admission to Intensive Care Unit Unplanned Operating Room Procedure Following Delivery None of the Above 			



Newborn Medical - 1				
standing (in the second se	Gene	eral		
Is Infant Living at Time of	Report?	Is Infant Being Breast Fed, Even Partially?		
□ Yes		D Yes		
 No Infant Transferred, Statu 	is Unknown			
Obstetric Estimate of Gesta	ation (completed weeks):			
Apgar Score (at 5 min.):		Apgar Score (at 10 min.):		
1 - 10:		1 - 10:		
Not Taken Unknow	'n	🛛 Not Taken 🗆 Unknown		
Was Infant Transferred wit	hin 24 Hours of Delivery?	🗆 Yes 🗆 No		
If YES Where:				
Infant Transfer Facility - O	ther:	Was Infant Vaccinated with Hepatitis B Vaccine?		
		□ Yes		
Infort Drimony Core Dhyoir		🗆 No 🖥 Unknown		
Infant Primary Care Physic	idn:	 Information Unavailable 		
	Child's Weight			
Grams:	Pounds:	Ounces:		
	ImmTrac	Consent		
Please Indicate the Parent's Choice Regarding Consent for ImmTrac Participation. The Birth Registrar Will be Required to Affirm that this Information Accurately Reflects the Parent's Choice.				
If the Parent Has Not Yet Been Offered the Option to Consent for ImmTrac Participation, You May Skip this Section and Answer at a Later Time. This Section Must Be Completed for Legal Release of the Birth Registration.				
 Parent Has GRANTED CONSENT for ImmTrac Participation by Signing DSHS ImmTrac Newborn Registration Form # (ImmTrac NB-2) and Marking the CONSENT GRANTED Option. 				
\square Parent Has DENIED CONSENT for ImmTrac Participation (Requested Exclusion) by Signing DSHS ImmTrac Newborn Registration Form # (ImmTrac NB-2) and Marking the CONSENT DENIED Option.				
Deparent Has Not Signed a Properly Completed DSHS ImmTrac Newborn Registration Form # (ImmTrac NB-2).				



Newborn Medical - 2 Abnormal Conditions **Congenital Anomalies** Congenital Anomalies (Check All that Apply): Abnormal Conditions of Newborn (Check All that □ Anencephaly Apply): Assisted Ventilation Required Immediately Meningomvelocele/Spina Bifida Congenital Diaphragmatic Hernia Following Delivery □ Assisted Ventilation Required for More than Six □ Gastroschisis Hours Down Syndrome: I NICU Admission Karvotype Confirmed Karyotype Pending Newborn Given Surfactant Replacement Therapy Antibiotics Received by the Newborn for Suspected Chromosomal Disorder: Karyotype Confirmed Suspected Neonatal Sepsis Seizure or Serious Neurologic Dysfunction Karyotype Pending □ Significant Birth Injury (Skeletal Fracture(s), □ Cleft Lip with Cleft Palate Peripheral Nerve Injury, and/or Soft Tissue/Solid □ Cleft Palate Alone Organ Hemorrhage Requiring Intervention) Cyanotic Congenital Heart Disease None of the Above Omphalocele Limb Reduction Defect (Excluding Congenital Amputation and Dwarfing Syndromes) Hypospadias None of the Above

- - -----

	(Sertifica	tion	
	Atten	dant Inf	ormation	
First Name:	Middle Na	ame:	Last Name:	
Title: DMD Midwife DO CNM Attendant Facility Administrator/Designee Other		r (Specify):	I	
Address:	•	Apt:	State/Country:	
City/Town:		Zip:	Zip Ext:	
NPI: License Number:				



Birth Worksheet for Child's Birth Certificate

Certifier Information					
D Certifier Same as Attendant?					
First Name:	Middle Name:	Last Name:			
Title: DMD Midwife DO CNM Attendant Facility Administrator/Designed Other	Other (Specify):			
Address:	Apt:	State/Country:			
City/Town:	Zip:	Zip Ext:			
Date Certified:	_	I			

.

TEXAS Health and Human Services Health Services	ImmTrac2 Immunization Registry <u>NEWBORN REGISTRATION FORM</u>				
(Please print clearly)					
Child's Last Name					
	's Middle Name				
// *Ncwborns only. Child's Date of Birth	Child's Gender:MaleFemale				
Mother's First Name Mothe	er's Maiden Name				
Mother's Street Address Apart	ment # Telephone				
City State					
ImmTrac, the Texas immunization registry, is a free service of the Texas D	epartment of State Health Services (DSHS). The				
immunization registry is a secure and confidential service that consolidates immunization records. With your consent, your child's immunization infor	and stores your child's (<u>younger than 18 years of age</u>)				
health departments, schools, and other authorized professionals can access	your child's immunization history to ensure important				
vaccines are not missed.	,,				
The Texas Department of State Health Servic voluntary participation in the Texas in					
Consent for Registration of Child and Release of Immu	nization Records to Authorized Entities				
I understand that, by granting the consent below, I am authorizing release					
I further understand that DSHS will include this information in the state's	•••••				
ImmTrac, the child's immunization information may by law be accessed by • a public health district or local health department for public health p					
 a public health district of local health department for public health p a physician or other health-care provider legally authorized to admin 	ister vaccines for treating the child as a patient;				
• a state agency having legal custody of the child;	0 I /				
• a Texas school or child-care facility in which the child is enrolled;					
• a payor, currently authorized by the Texas Department of Insurance					
I understand that I may withdraw this consent to include information on r release information from the Registry at any time by written communication ImmTrac Group - MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714 - 934	on to the Texas Department of State Health Services,				
Please mark the appropriate box with a \Box to indicate your choice.					
I GRANT consent for registration. I wish to <u>INCLUDE</u> 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 inform	nation upon request. You also have the right to ask the				
state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <u>http://www.dshs.texas.gov</u> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)					
Upon completion, please fax or mail form to the DSHS ImmTrac2 Group or a registered Health-care provider.					
Questions? (800) 348-9158 • (512) 776-7284 • <u>www.ImmTrac.co</u>	m • IminTrac2 NB-2				
Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – M	IC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347				
BIRTH REGISTRARS					
Please enter newborn client information in the Texas Electronic Registrar and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to DSHS. Retain this form in the client's birth record.					

TEXAS Health and Human Texas Department of State Health Services

Services

ImmTrac2 Immunization Registry (RECIÉN NACIDO) FORMULARIODE REGISTRO

	(Favor de escribir claramente con letra de molde)					
Nombre del Niño(a) *Solo recién nacidos. Segundo Nombre del Niño(a) *Solo recién nacidos. Género: Masculino Indiana Apellido de Soltera de la Madre. Dirección de la Madre. Apellido de Soltera de la Madre. Dirección de la Madre. Apartamento # InmiTac2. Los doctores, departamentos de sultad pública, escuelas y oros protestonales autorazión de su mitologi pest insultad en unatrazción de su mitologi pest insultad en unatrazción a las Endados Autorizadas Entiedo que, con ni consentimento o transultad, acsuelas y oros protestonales autorazión de lastud de l'unomización del munización del munización del munización del munización del munización del menor así en unatra de publica o el departamento de registro de innumización de immunización del menor así entiendo que el DNFS incluris esta información en el registro de innumización del menor así entiendo que el DNFS incluris esta información en el registro de innunización del menor así instormación de i munización del menor así eniuntasión del						
*Solo recién nacidos. Género: Masculino Fernenino Pecha de Nacimiento del Niño(a) Apetilado de Soltera de la Madre Dirección de la Madre Apetilado de Soltera de la Madre Dirección de la Madre Apetilado de Soltera de la Madre Dirección de la Madre Apatramento # Teléfono Dirección de la Madre Imminización de servicios des y concolecida y parta de le teord de immunización es de salud (DSH). Engistro de immunización es un sirvicio seguo y concilda y garda de le teord de immunización es de salud (DSH). Engistro de immunización de la manización es de salud indivento a contamento de la Madre en la montación a de la manización de la manización es de salud indivento a contamento internoto a contamento de salud indiventa en a registro de immunización de le stado ("ImmTrac2"). La vez que la información de la montación, autozio gre se de a concerel información de le stado ("ImmTrac2"). ImmTrac2. De la partamento de salud logita para propósitos de salud pública dentro de sa árasa de jurisfición; La destatio de salud pública o el departamento de salu	Apellido del Niño(a)					
*Solo recién nacidos. Género: Masculino Fermenino Pecha de Nacimiento del Niño(a) Apetidades Apetidades Apetidades Nombre de la Madre Apelido de Soltera de la Madre Apetidades Apetidades Dirección de la Madre Apattamento # Teléfono Dirección de la Madre Apattamento ## Teléfono Dirección de su nino(a) partamento # Teléfono Apattamento Dirección de su nino(b) partamento # Servicio de Salud de Texast Consentimiento Partamento Estatal de Servicio de Salud de Immunización de Immunización del menor al DSHS, y además entendo que el DSHS incluris esta información de Immunización a de mora al DSHS, y además entendo que el DSHS incluris esta información en el registro central la formación de Immunización del menor al DSHS, y además entendo que el DSHS incluris esta información en el registro de Immunización del estado ("ImmTra2"): Una y caye la información de Imenor aste insertico;						
Fecha de Nacimiento del Niño(a) Cherchi Disse cambo la centerio del Niño (a) Ormbre de la Madre Apellido de Soltera de la Madre Dirección de la Madre, Calle Apellido de Soltera de la Madre Dirección de la Madre, Calle Apartamento # Teléfono Ciudad Estado Código Postal Condado El registro de immunización es un servicio gratis que proporciona el Departamento Bastai de Servicios de Salud (DSHS). El registro de immunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récorde de immunización es es un inò(a) (montres de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la immunización de la munización de su niño(a) este incluída e el munización de su niño(a) para asegurar que las vacuasi importantes no le falea. El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) le anima a que participe valontariamente en el registro de immunización de immunización de immunización de la munización de immunización de immora al DSHS, y ademsi estunitor asen información en el registro central de immunización de imenor al DSHS, y ademsi estand información de immunización de immora?). Dirección: - el astrin de sund piblica estence no so comerca na información de immunización de insenor al DSHS, y ademsi estand of temoror esté en la información de asua de asua de alud local, para propósitos de salud publica dentro de sus áreas de unisdicado; - el astrin de sund piblica ol departamento de salud logalmente autorizado para administrar vacunas; en el tratamiento del menor como paciente; - a soucha o la guardería de Texas en que el menor estre inscrito;		C				
Nombre de la Madre Apelilido de Soltera de la Madre Dirección de la Madre, Calle Apartamento # Dirección de la Madre, Calle Apartamento de la Madre Dirección de la Madre, Calle Apartamento # Dirección de la Madre, Calle Apartamento Bestal de Servicios de Salud Dirección de la Madre Apartamento Apartame		Género: Masculino Femenino				
Dirección de la Madre, Calle Apartamento # Teléfono Dirección de la Madre, Calle Apartamento # Teléfono Ciudad Estado Código Postal Condado El registro de immunización en un servicio seguo y confidencial que consolida y guarda el récord é unino(a) servicio seguo y confidencial que consolida y guarda el récord é unino(a) servicio seguo y confidencial que consolida y guarda el récord é unino(a) servicio seguo y confidencial que consolida y guarda el récord é unino(a) servicio segue y acunas importantes no le faiten. El Dipartamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHLS) le anima a que participe volontariantes no le faiten. El Dipartamento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer las formación de immunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que la información el mont Tacz por lev ja puede accoder: • el districto de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública del texas ("ImmTrac2"). Una vez que la información del moror set in ImmTrac2, por lev ja puede acceder: • el districto de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de junisficición; • la agenda: actundinate autorizado por el Clagartamento action de lagarteria de receder a decoder: • la districto de salud pública o el departamento de de salud local, para propósitos de salud pública de el trava en order la mort. • la districto de salud pública o el departamento de de salud logal menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiente para inclu						
Ciudad Estado Código Postal Condado El registro de immunización (ImmTrac) de Texas, es un servicio graius que proportiona el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS). El registro de immunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de immunizaciones de sa niño(a) (menores de 18 años de elad). Con su consentimiento, la información de la immunización de su niño(a) será incluída en ImmTrac2. Los doctores, de partamentos Estatal de Servicios de Salud d Diblica, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al bistorial de immunización de su niño(a) pera acegurar que las vacunas importantes no le falten. El Departamentos Estatal de Salud d Texat. Consentimiento Para Registrar al Menor y Dara Concere los Documentación de la immunización del menor al a gue participe voluntariamente en el registro de immunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que la información de la mont Tes2, por lev la puede acceder: • el distrito de salud pública, estandes de calecteder: • el distrito de salud pública o estención de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menos; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menos; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menos; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menos; • la agencia costatal que tenga la custodia legal del menos; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menos; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menos; • la agencia estatal que tenga la custodia le	Nombre de la Madre	Apellido de Soltera de la Madre				
Ciudad Estado Código Postal Condado El registro de immunización (ImmTrac) de Texas, es un servicio graius que proportiona el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS). El registro de immunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de immunizaciones de sa niño(a) (menores de 18 años de elad). Con su consentimiento, la información de la immunización de su niño(a) será incluída en ImmTrac2. Los doctores, de partamentos Estatal de Servicios de Salud d Diblica, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al bistorial de immunización de su niño(a) pera acegurar que las vacunas importantes no le falten. El Departamentos Estatal de Salud d Texat. Consentimiento Para Registrar al Menor y Dara Concere los Documentación de la immunización del menor al a gue participe voluntariamente en el registro de immunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que la información de la mont Tes2, por lev la puede acceder: • el distrito de salud pública, estandes de calecteder: • el distrito de salud pública o estención de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menos; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menos; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menos; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menos; • la agencia costatal que tenga la custodia legal del menos; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menos; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menos; • la agencia estatal que tenga la custodia le						
El registro de inmunización (ImmTrac) de Texas, es un servicio graus que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS). El registro de immunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el record de immunizacions de su niño(a) menores de 18 años de eda?. Con su consentimiento, la información de la immunización de su niño(a) sert incluida en ImmTrac2. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de innunización de su niño(a) sert incluitar que las vacunas importantes no le falten. El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) le anima a que participe voluntariamente en el registro de immunización a la Entidades Autorizadas Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a concer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS inclurá esta información en el registro central de immunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor esta información en el registro central de inmunización del stado ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor este inscrito; el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción; el angencia estral que tenga la custodia legal del menor; el la secuela o la guardería de Texas en que el mono reste 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 tetirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para da ca concer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación estina a Texas Department o State Health Services, ImmTrac Group - MC 1946, PC 1080 (194347, Austin, Texas 78714 - 9347. Favor de marcar la caja lo indicando la selección de su preferencia. YO <u>NUEGEO</u> el consentimiento para registrarlo. Desco	Dirección de la Madre, Calle	Apartamento # Teléfono				
El registro de inmunización (ImmTrac) de Texas, es un servicio graus que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS). El registro de immunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el record de immunizacions de su niño(a) menores de 18 años de eda?. Con su consentimiento, la información de la immunización de su niño(a) sert incluida en ImmTrac2. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de innunización de su niño(a) sert incluitar que las vacunas importantes no le falten. El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) le anima a que participe voluntariamente en el registro de immunización a la Entidades Autorizadas Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a concer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS inclurá esta información en el registro central de immunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor esta información en el registro central de inmunización del stado ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor este inscrito; el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción; el angencia estral que tenga la custodia legal del menor; el la secuela o la guardería de Texas en que el mono reste 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 tetirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para da ca concer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación estina a Texas Department o State Health Services, ImmTrac Group - MC 1946, PC 1080 (194347, Austin, Texas 78714 - 9347. Favor de marcar la caja lo indicando la selección de su preferencia. YO <u>NUEGEO</u> el consentimiento para registrarlo. Desco						
(DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunización de su niño(a) faños de eda). Con su consentimiento, ha información de la inmunización de su niño(a) para asogurar que las vacunas importantes no le falten. El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texat (DSHS) le anima a que participe voluntariamente en el registro de immunización de Texas. Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer las Documentos de Immunización de las Entidades Autorizadas Entiendo que, con nu' consentimiento a continuación, autorizo que se de a conocer la información de immunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor este en ImmTrac2, por ley la pueda acceder: • el distito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción; • el agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; • la agencia estatal que tenga la custodia de salud legaltore en cualquier momento mediante comunicación esenta a Texas Departmento estar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro ne cualquier momento mediante comunicación de estas UNO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Desco INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de immunización de Texas. Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde: Firma:						
su año(a) (neñores de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la innunización de su niño(a) setá incluida en ImmTraci. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de inmunización de su niño(a) para asegurar que las vacunas importantes no le falten. <i>El Departamento Estatal de Servicios de Salud do Texat (DSHS) le anima a que participe volkutariamente en el registro de immunización de Texas.</i> Consentimiento Para Registrar al Menor y Da a Conocer los Documentos de Immunización de Immor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro cantal de innunización de le stado ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac2, por ley la puede acceder: • el distito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción; • al escience estatal que tenga la custodia legal del menor; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del guero; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del guero; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del guero; • la pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura de menor. Entiendo que puedo netirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquer momento mediante comunización de estata - 9047. Favor de marcar la caja de indicando la selección de su preferencia. YO NUEDRIZO el consentimiento para registrarlo. Desco INCLUIR la información de mi niño(a) del registro de inmunización de Texas. Alguno de los padres, tutor legal	El registro de inmunización (limmTrac) de Texas, es un servicio grati	escial que consolida y marda el técord de inmunizaciones de				
ImmTrač2. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de inmunización de su niño(a) para asegurar que las vacunas importantes no le falten. El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texat (DSHS) le anima a que participe voluntariamente en el registro de immunización de Texas. Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Immunización a las Entidades Autorizadas Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, a tutorizo que se dé a conocer la información de immunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de immunización del estado ("ImmTrac2"). Una ver que la información del menor este en ImmTrac2, por ley la pueda acceder: el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de juinsdicción; el médico, o algún otro proveedor de atención de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de la encirca estatal que tenga la custodia legal del menor; la escuela o la guardería de Texas en que el menor este 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 ImmTrac2 y mi consentmiento para dara caja del información de su preferencia. YO MUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Desco INCLUIR la información de mi niño(a) en el 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 información es a información a sel a determinado sea información de Texas. <	su niño(a) (menores de 18 años de edad). Con su consentimiento, la	información de la inmunización de su niño(a) será incluida en				
El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texar (DSHS) le anima a que participe voluntariamente en el registro de immunización de Texas. Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Immunización a las Entidades Autorizadas Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se de a conocer la información de immunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una ver que la información del menor esté en InmTrac2, por ley la puede acceder:	ImmTrac2. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y	y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial				
a que participe voluntariamente en el registro de immunización de Texas. Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Immunización a las Entidades Autorizadas Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de immunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de immunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de immunización del menor al purisdicción; el anédico, o algún otro provecdor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente; la agencia estatal que renga la custodia legal del menor; la actuale a la guardería de Texas en que el menor este inscrito; el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertuna del menor. Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediamet comunicación escnta a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1940, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714 - 9347. Favor de marcar la caja di indicando la selección de su preferencia. YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Desco EXCLUIR la información de mi niño(a) del registro de immunización de Texas. Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Retra.	de inmunización de su niño(a) para asegurar que las vacunas importa	antes no le falten.				
Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Immunización a las Entidades Autorizadas Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de immunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluria esta información en el registro central de immunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac2, 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 nódico, o algún otro proveedor de atención de salud logalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; • la agencia estata que tenga norizado 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 ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación estenta a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714 - 9347. Favor de marcar la caja [2] indicando la selección de su preferencia. YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Desco EXCLUIR la información de mi niño(a) 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 información la información que el Estado de Texas retine sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibi y revisar la información al requerifa. Usted también tiene el derecho de pedir que la						
 Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de immunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que la información del estado ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac2, 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 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 ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escnita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714 - 9347. Favor de marcar la caja Øl indicando la selección de su preferencia. YO <u>NUEGO</u> el consentimiento para registrarlo. Deseo <u>EXCLUIR</u> la información de mi niño(a) en el registro de immunización de Texas. <u>YO NUEGO</u> el consentimiento para registrarlo. Deseo <u>EXCLUIR</u> la información de mi niño(a) del registro de inmunización de Texas. 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 que reciba e abute/ <i>Lannudata tecana sub que que qa aque e</i>						
 DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac2, por ley la puede acceder: -el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitus de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción; el médico, o algún otro 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 ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación esenta a Texas Departement of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714 - 9347. Favor de marcar la caja di indicando la selección de su preferencia. YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Desco EXCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de immunización 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 información a requirína. Usted también tiene el derecho de solicitar y de ser información da información a requirína. Usted también tiene el derecho de pedir que la sgencia estatal corija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Dirígas e ha determinado sea biformación sobre la Notificación sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepci	Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los	Documentos de Inmunización a las Entidades Autorizadas				
Una veż que la información del menor esté en ImmTrac2, por ley la puede acceder: • el distito 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 proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor; • 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 IramTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante cornunicación esenta a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714 - 9347. Favor de marcar la caja El indicando la selección de su preferencia. YO NUEGO el consentimiento para registrarlo. Desco EXCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas. Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde Fecha: Notificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser información de a lerquicria, la unformación sobre la lorención da cue sub a determinado sea información sobre la lorención sobre privacidad. Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser información a la requerita, Usted también tine el derecho de pedir que la agencia estatal coring cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Dirijas e http://www.dim.traca.gue para más información sobre la Notificación sobre privacidad. Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de soli	DSHS y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en	el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2").				
 el médica; el médica; o algún otro 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 ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escnita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714 - 9347. Favor de marcar la caja Zi indicando la selección de su preferencia. YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas. Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde Fecha: Frecha: Notificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser información sea incorrecta. Dirígas e a <i>http://mmuddu.texatage</i> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser información al requerina. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se la determinado sea incorrecta. Dirígas e <i>http://mmuddu.texatage</i> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004) Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud insertito. <i>glitene</i> preguntas? (800) 348-9158 • (512) 776-7284 • wxxy.lnmTrac.com • ImmTrac2 NB-2	Una vez que la información del menor esté en ImmTrac2, por ley la	puede acceder:				
 • el médico, o algún otro proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente; a 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 ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación esenta a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714 - 9347. Favor de marcar la caja di indicando la selección de su preferencia. YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Desco EXCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas. Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes::		ara propósitos de salud pública dentro de sus áreas de				
 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 incluit información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escnita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714 - 9347. Favor de marcar la caja M indicando la selección de su preferencia. YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Desco INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas. Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Firma: Notificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser información que se ha determinado sea incorrecta. Dirijace a http://mmudbat.exaa.gou para más información sobre la Notificación 552.021, 559.003 y 559.004) Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito. ¿Tiene preguntas? (800) 348-9158 • (512) 776-7284 • wxw.ImmTrac.com • ImmTrac2 NB-2 Texas Department of State Health Services ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, Tx 78714-9347 	jurisdicción;	cente outorizado para administrat vacupas, en el tratamiento del				
 la agencia estatal que tenga la custodia legal dei 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 ImmTrac2 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(a) en el registro de inmunización de Texas. Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde Fecha:		icine autorizatio para autoristrat vacunas, en el tratarinetito der				
 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 ImmTrac2 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 Z indicando la selección de su preferencia. YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Desco INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas. Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde Fecha:	 la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; 					
del menor. Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 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(a) en el registro de inmunización de Texas. YO NIEGO el consentimiento para registrarlo. Deseo EXCLUIR la información de mi niño(a) del registro de inmunización de Texas. Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Fecha:	 la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito); 				
Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escnita 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(a) en el registro de inmunización de Texas. YO NIEGO el consentimiento para registrarlo. Desco EXCLUIR la información de mi niño(a) del registro de inmunización de Texas. Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Fecha:	• el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura					
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. Desco INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas. Q NIEGO el consentimiento para registrarlo. Desco EXCLUIR la información de mi niño(a) 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 información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corria cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a http://www.dbs.texau.eou para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004) Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito. a Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 BIRTH REGISTRARS Please enter newbora client information in the Texas Electronic Registrar and affirm that consent has been granted.						
Favor de marcar la caja Ø indicando la selección de su preferencia. YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Desco INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas. YO NIEGO el consentimiento para registrarlo. Desco EXCLUIR la información de mi niño(a) del registro de inmunización de Texas. Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde Fecha:	consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas					
YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas. YO NIEGO el consentimiento para registrarlo. Deseo EXCLUIR la información de mi niño(a) del registro de inmunización de Texas. Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde Fecha: Fecha: 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 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 incortecta. Diríjase a <u>http://unwidik.texat.gov</u> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004) Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito. ¿Tiene preguntas? (800) 348-9158 • (512) 776-7284 • www.ImmTrac.com • ImmTrac2 NB-2 Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 BIRTH REGISTRARS Please enter newborn client information in the Texas Electronic Registrar and affirm that consent has been granted.	Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946,	P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714 - 9347.				
de inmunización de Texas. YO NIEGO el consentimiento para registrarlo. Desco EXCLUIR la información de mi niño(a) del registro de inmunización de Texas. Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde Fecha:	Favor de marcar la caja 🗹 indicando la selección de su preferencia.					
YO NIEGO el consentimiento para registrarlo. Desco EXCLUIR la información de mi niño(a) del registro de inmunización de Texas. Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde Fecha: Escriba con letra de molde 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 cornija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <u>http://www.dsb.texat.pov</u> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004) Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito. ¿Tiene preguntas? (800) 348-9158 • (512) 776-7284 • www.ImmTrac.com • ImmTrac2 NB-2 Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group - MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 BIRTH REGISTRARS Please enter newborn client information in the Texas Electronic Registrar and affirm that consent has been granted.	YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. D	Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro				
Inmunización de Texas. Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde Fecha: Fecha: 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 <u>http://www.dkbs.texat.pow</u> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004) Al tellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito. ¿Tiene preguntas? (800) 348-9158 • (512) 776-7284 • www.ImmTrac.com • ImmTrac2 NB-2 Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 BIRTH REGISTRARS Please enter pewborn client information in the Texas Electronic Registrar and affirm that consent has been granted.	de inmunización de Texas.					
Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde Fecha: Escriba con letra de molde 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.dbs.texas.gov para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004) Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito. ¿Tiene preguntas? (800) 348-9158 • (512) 776-7284 • www.lmmTrac2 NB-2 Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 BIRTH REGISTRARS Please enter newborn client information in the Texas Electronic Registrar and affirm that consent has been granted.						
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.dbs.texat.pow para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004) Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo Imm Trac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito. ¿Tiene preguntas? (800) 348-9158 • (512) 776-7284 • www.ImmTrac2 NB-2 Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 BIRTH REGISTRARS Please enter newborn client information in the Texas Electronic Registrar and affirm that consent has been granted.		e'				
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 <u>http://wnw.dsbs.texas.pov</u> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004) Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito. ¿Tiene preguntas? (800) 348-9158 • (512) 776-7284 • <u>www.ImmTrac.com</u> • ImmTrac2 NB-2 Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 <u>BIRTH REGISTRARS</u> Please enter newborn client information in the Texas Electronic Registrar and affirm that consent has been granted.	Alguno de los padres, tutor legal o administrador de biene.	Escriba con letra de molde				
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 <u>http://wnw.dsbs.texas.pov</u> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004) Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito. ¿Tiene preguntas? (800) 348-9158 • (512) 776-7284 • <u>www.ImmTrac.com</u> • ImmTrac2 NB-2 Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 <u>BIRTH REGISTRARS</u> Please enter newborn client information in the Texas Electronic Registrar and affirm that consent has been granted.	Fachau	na•				
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 cornja cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Ditijase a <u>http://www.dsbs.texas.pov</u> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004) Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito. ¿Tiene preguntas? (800) 348-9158 • (512) 776-7284 • <u>www.InmTrac.com</u> • ImmTrac2 NB-2 Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 <u>BIRTH REGISTRARS</u> Please enter newborn client information in the Texas Electronic Registrar and affirm that consent has been granted.						
al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal cornja cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Ditijase a <u>http://www.dshc.texac.gov</u> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004) Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito. ¿Tiene preguntas? (800) 348-9158 • (512) 776-7284 • <u>www.InmTrac.com</u> • ImmTrac2 NB-2 Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 <u>BIRTH REGISTRARS</u> Please enter newborn client information in the Texas Electronic Registrar and affirm that consent has been granted.	Notificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepcion	ncs, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre				
incorrecta. Diríjase a <u>http://www.dsbs.texas.gov</u> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004) Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito. ¿Tiene preguntas? (800) 348-9158 • (512) 776-7284 • <u>www.InmTrac.com</u> • ImmTrac2 NB-2 Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 <u>BIRTH REGISTRARS</u> Please enter newborn client information in the Texas Electronic Registrar and affirm that consent has been granted.	la información que el Estado de Texas reune sobre usted. A usted se l	e debe conceder el derecho de recibu y revisar la información per correia qualquier información que se ha determinado sea				
sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004) Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito. ¿Tiene preguntas? (800) 348-9158 • (512) 776-7284 • www.ImmTrac.com • ImmTrac2 NB-2 Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group - MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 <u>BIRTH REGISTRARS</u> Please enter newborn client information in the Texas Electronic Registrar and affirm that consent has been granted.	incorrecta. Ditijase a http://www.dshs.texas.gov para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code,					
Tiene preguntas? (800) 348-9158 • (512) 776-7284 • <u>www.InmTrac.com</u> • ImmTrac2 NB-2 Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 <u>BIRTH REGISTRARS</u> Please enter newborn client information in the Texas Electronic Registrar and affirm that consent has been granted.	sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)					
Tiene preguntas? (800) 348-9158 • (512) 776-7284 • <u>www.InmTrac.com</u> • ImmTrac2 NB-2 Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group - MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 <u>BIRTH REGISTRARS</u> Please enter newborn client information in the Texas Electronic Registrar and affirm that consent has been granted.	Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo Imr	n Trac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito.				
<u>BIRTH REGISTRARS</u> Please enter newborn client information in the Texas Electronic Registrar and affirm that consent has been granted.	Tiene preguntas? (800) 348-9158 • (512) 776-7284 • <u>www.ImmTrac.com</u> • ImmTrac2 NB-2					
Please enter newborn client information in the Texas Electronic Registrar and affirm that consent has been granted.						
Please enter newborn client information in the Texas Electronic Registrar and amrited that consent has been granted. DO NOT fax to DSHS. Retain this form in the client's birth record.						
	Please enter newborn client information in the Texas Electronic Registrar and alfirm that consent has been granted. DO NOT fax to DSHS. Retain this form in the client's birth record.					