



REGISTRO DE VACUNAS (IMMTRAC)

AUTORIZACIÓN PARA DAR A CONOCER EL HISTORIAL OFICIAL DE LAS VACUNAS

Nombre del Cliente: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Mes Día Año
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, _____, autorizo al
Nombre del Cliente (o el Padre, Tutor Legal o Custodio administrador del niño) en letra de imprenta

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): _____ Teléfono: (____) _____

Firma del Cliente (o el Padre, Tutor Legal o Custodio administrador del niño) Fecha: ____/____/____
Mes Día Año

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.state.tx.us para informarse más sobre la notificación de privacidad. (Referencia: Código gubernamental, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

For Office Use Only/ Sólo para uso de la oficina

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 Envíe por fax a: (512) 776-7790
ImmTrac Group, MC-1946 (512) 776-7288
PO Box 149347
Austin, TX 78714-9347