



TEXAS
Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services

Texas Immunization Registry (ImmTrac2) Authorization to Release Official Immunization History

First Name _____ Middle Name _____ Last Name _____
Date of Birth: ____/____/____ (mm/dd/yyyy) Gender: ☐ Male ☐ Female

Address _____ Apartment #/Building # _____

City _____ State _____ Zip Code _____ County _____

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

Name/Organization _____

Address _____ Apartment # / Building # _____

City _____ State _____ Zip Code _____ Telephone Number: _____

Send official immunization record by: ☐ Fax Number: _____ - _____ - _____ ☐ Mail to address above

☐ Email Address: _____

Requestor Information – must complete in entirety

I, _____, authorize the Texas
Print Name (Select the one that applies: Adult Client, Parent, Legal Guardian, Managing Conservator for a child)

Department of State Health Services to release this client's official immunization record from the Texas Immunization Registry. For more information, see Texas Health and Safety Code Sec. 161.007 (d) <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.007>.

Address _____ Apartment # / Building # _____

City _____ State _____ Zip Code _____ County _____

E-mail address (if available): _____ Telephone Number: _____ - _____ - _____

Select the relationship that applies between you and the client: ☐ Adult Client/Self ☐ Parent ☐ Legal Guardian
☐ Managing Conservator for a child

Signature of Adult 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: _____ ImmTrac2 ID#: _____

By: _____ ☐ Record Released ☐ Record Not Found

☐ Record Found, but No Immunizations Reported

Questions? Tel: 800-252-9152 • Fax: 512-776-7790 • <https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/>

Texas Department of State Health Services • Immunization Section • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347



Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2) Autorización para divulgar el historial oficial de vacunación

Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ (mm/dd/aaaa) Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección: _____ Núm. de apartamento o edificio _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Indique cómo y dónde desea que se envíe este expediente oficial de vacunación.

Nombre/Organización _____
Dirección _____ Núm. de apartamento o edificio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____
Enviar el expediente oficial de vacunación por: ☐ Número de fax: ____ - ____ - ____ ☐ Correo postal a la dirección arriba indicada

Información del solicitante: los datos deben completarse en su totalidad

Por este medio, yo, _____
[Nombre en letra de molde (seleccione lo que corresponda: Cliente adulto, padre o madre, tutor legal, titular de la custodia de un menor)]
autorizo al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas para que divulgue el expediente oficial de vacunación de este cliente del
Registro de Inmunización de Texas. Para más información, consulte la sección 161.007 (d) del Código de Salud y Seguridad de Texas:
<https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.007>.

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____
Correo electrónico (si está disponible): _____ Teléfono: _____ - _____ - _____
Seleccione la relación que corresponda entre usted y el cliente: ☐ Cliente (adulto)/Yo mismo ☐ Padre/Madre ☐ Tutor legal
☐ Titular de la custodia de un menor

Firma del cliente adulto (o del padre o madre, tutor legal o titular de la custodia de un menor) _____ 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)

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

ImmTrac2 ID#: _____
Date Searched/Released: _____ ☐ Record Released ☐ Record Not Found
By: _____ ☐ Record Found, but No Immunizations Reported

¿Tiene preguntas? Tel: 800-252-9152 • Fax: 512-776-7790 • <https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/>

Texas Department of State Health Services • Immunization Section • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347