Dr. Edv Pedia

ATTENT DECICED ATTON

Dr. Edward Moayyad Pediatric Clinic, Assoc.	PATIENT REGISTRA	FION	Kids Doc Pediati
J	Patient Information: (Please use full legal	name, no nicknames	s)
Last Name:	First Name:	1	Middle Name:
SSN#:	DOB:	Sex: Male	Female
Address:	Apt#:		
City:	State:	Zip	:
Home Phone: ()	Cell/Work Phone: ()	
Emergency Contact Name:	Emerge	ncy Phone: ()
(,	Parent Information: List person or Insured name – Use full legal name	2, no nicknames plea	use)
Mothers First & Last Name:	DOB:	SSI	N#:
Fathers First & Last Name:	DOB:	SSI	N#:
Address (if different from above):	City/Sta	te/Zip:	
Home Phone: ()	Work Phone: ()	Cell Pho	ne: ()
Married Divorced Single	Siblings:		
Relationship of Guarantor to Patient:	Parent Other: Relationship & Name of	of Other:	
	Insurance Information		
Primary Insurance: Policy Holder's Name:	SSN#:		DOB:
Relationship to Patient:	Employer's Nam	ne:	
Insurance Name:	Policy ID#:		Group#:
Effective Date:	Insurance Claim Address & Phone#:		
Secondary Insurance: Policy Holder's Name:	SSN#:		DOB:
Relationship to Patient:	Employer's Nar	ne:	
Insurance Name:	Policy ID#:		Group#:
Effective Date:	Insurance Claim Address & Phone#:		

Signature:

Date: _____

KIDS DOC PEDIATRICS TREATMENT AUTHORIZATION

I.	
I,(Parent/Guardian First & Last Name)	,
Hereby, give permission for:	
1(Authorized Person First & Last 1	Name) (Relation)
2(Authorized Person First & Last 1	Name) (Relation)
to authorize treatment and bring my ch	nild and/or children:
1(Child First & Last Name)	2(Child First & Last Name)
(Child First & Last Name)	(Child First & Last Name)
3(Child First & Last Name)	4(Child First & Last Name)
(Child First & Last Name)	(Child First & Last Name)
to the Doctor's Office for appointment((s).
Should you have any q	questions, I can be reached at:
	or
(Phone #1)	(Phone #2)
Parent/Guardian Signature:	Date:

KIDS DOC PEDIATRICS FINANCIAL RESPONSIBILITY AGREEMENT

D. (*) N				DOB:	
Patient Name:				DOB:	
	First	Middle	Last		

I understand and agree that I will be financially responsible for any and all charges for office visit services not paid by my insurance. This includes any Medical services or visit, Preventative exam or Physical, Lab testing, X-ray, EKG, and any other screening service or Diagnostic testing ordered by the Physician or the Physician staff.

I understand and agree it is my responsibility and not the responsibility of the Physician or Clinic to know if my insurance will pay for my Medical service or visit, Preventative exam or Physical, Lab testing, X-ray, EKG, or any other Screening service or Diagnostic testing ordered by the Physician or the Physician's Staff.

I understand and agree it is my responsibility to know if my insurance has any Deductible, Co-payment, Co-insurance, Out-of-Network amount, Usual and Customary Limit, or any other type of benefit limitation for the services I receive, and I agree to make full payment.

I understand and agree it is my responsibility to know if the Physician or Provider I am seeing is a contracted in-network provider recognized by my insurance company or plan. If the Physician or Provider I am seeing is not recognized by my insurance company or plan, it may result in claims being denied or higher out of pocket expense to me. I understand this and agree to be financially responsible and make full payment.

I understand and agree it is my responsibility to know if my PCP choice has been processed by my insurance company or plan. If I have requested a PCP change that is not processed by my insurance company, it may result in claims being denied. I understand this and agree to be financially responsible and make full payment.

I understand and agree it is my responsibility to bring my current insurance card to each office visit. If I fail to Bring my current insurance card to an office visit it will result in rescheduling of the appointment. I understand this and agree.

Appointments

I understand and agree it is my responsibility to call the office **24hrs** before the appointment and Cancel or Reschedule. If I fail to call in to cancel or reschedule my appointment on the third no show incident, I understand I will be dismissed from the practice and a termination letter will be mailed out.

Signature: _

(Parent or Guardian)

Parent/Guardian's Name: _____

(Please Print Name)

Date:

KIDS DOC PEDIATRICS PATIENT REGISTRATION FORM DISCLOSURE & CONSENTS

			DOB:	
First	Middle	Last Name		×
	First	First Middle	First Middle Last Name	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·

ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS:

REPERSION OF THE PARTY

I hereby authorize direct payment of my insurance benefits to Dr. Moayyad Pediatrics Clinic/ Kids Doc Pediatrics or the physician individually for services rendered to my dependents or me by the physician or under his/her supervision. I understand that it is my responsibility to know my insurance benefits and whether or not the services I am to receive are a covered benefit. I understand and agree that I will be responsible for any co-payment or balance due that Dr. Edward Moayyad Pediatrics Clinic/ Kids Doc Pediatrics is unable to collect from my insurance carrier for whatever reason.

MEDICAID/MEDICARE/CHAMPUS INSURANCE BENEFITS:

I certify that the information given by me in applying for payment under these programs is correct. I authorize the release of any of my or my dependent's records that these programs may request. I hereby direct that payment of my or my dependent(s) authorized benefits be made directly to Dr. Edward Moayyad Pediatrics Clinic/ Kids Doc Pediatrics or the physicians on my behalf.

I do D I do NOT D have other insurance coverage in addition to Medicaid/Medicare/Champus at this time.

If yes, specify other insurance company:

Failure to provide all information on other health coverage will result in your obligation of all medical charges.

AUTHORIZATION TO RELEASE NON-PUBLIC PERSONAL INFORMATION:

I certify that I have received and read a copy of the Dr. Edward Moayyad Pediatrics Clinic/ Kids Doc Pediatrics, Patient Information Privacy Policy. I hereby authorize Dr. Edward Moayyad Pediatrics Clinic/ Kids Doc Pediatrics or the physician individually to release any of my or my dependent's medical or incidental non-public personal information that may be necessary for medical evaluation, treatment, consultation or the processing of insurance benefits.

AUTHORIZATION TO MAIL, CALL OR E-MAIL:

I certify that I understand the privacy risks of the mail, phone calls, and e-mail. I hereby authorize Dr. Edward Moayyad Pediatrics Clinic/ Kids Doc Pediatrics representative or my physician to mail, call, or e-mail me with communications regarding my healthcare, including by not limited to such things as appointment reminders, referral arrangements, and laboratory results. I understand that I have the right to rescind this authorization at any time by notifying Dr. Edward Moayyad Pediatrics Clinic/ Kids Doc Pediatrics to that effect in writing.

LAB/X-RAY/DIAGNOSTIC SERVICES:

I understand that I may receive a separate bill if my medical care includes lab, x-ray, or other diagnostic services. I further understand that I am financially responsible for any co-pay or balance due for these services if they are not re-imbursed by my insurance for whatever reason.

CONSENT TO TREATMENT:

I hereby consent to evaluation, testing, and treatment as directed by Dr. Edward Moayyad Pediatrics Clinic/ Kids Doc Pediatrics physicians or his or her designee.

Signature:

Date:

(Parent or Guardian)

Parent/Guardian's Name:

(Please Print Name)

KIDS DOC PEDIATRICS

Office Guidelines

Welcome to the practice of Edward E. Moayyad, M.D. and Stephanie P. Gold, M.D. We would like to thank you for choosing to become a part of our practice. We will strive to provide the best care for your children. We would like to introduce you to our office guidelines. These guidelines will help make your visit and other related needs go smoothly.

Payments: payment is expected at time of visit. We accept payment by Visa, Master Card, Discover, American Express, Checks and Cash. We cannot accept temporary checks. If unexpected circumstances should happen that prevent your ability to pay, you may be asked to reschedule. If your appointment is for a non-urgent visit such as a well child exam, we can reschedule your appointment at our next available opening. If your child is ill, we will keep your appointment. However, payment will be expected promptly. Remember, insurance companies require both the provider and patients to keep co-payments paid and current. This is a part of our contractual agreements. It will be necessary to bring your insurance card with you to each visit, so please give to the receptionist before your scheduled appointment. Always notify the receptionist of any changes in the patient's information. This includes, but is not limited to, address of patient or parent, phone number of patient or parent, insurance information, work and cell phone numbers of parents.

Immunization Records: Remember to bring your child's shot record at every visit. We ask that you do this so we can update your personal copy as we administer immunizations. This way you will always have a current copy of your child's immunizations on hand. Immunization records are very important document. This record will need to follow your child through out school, college and possibly their career. It is best that parents keep a copy at home with the child's birth certificate. There is a \$10.00 fee whenever there is a request for a copy of the shot record or an update to the shot record outside of your child's office visit. If request for shot record are made during the office visit, there is no charge.

Referrals: In the event that your child is referred to a specialist, it is the patient's responsibility to verify if a referral is needed by the insurance company. If your child is on an insurance plan that requires our office to obtain a referral before your child's appointment, we will need 5 to 7 business days to obtain the referral. When leaving a message for that referral, please provide the specialist physician's name and phone number, appointment date, your current insurance, reason or diagnosis for the visit and who referred you.

Parents/Guardian Present at Visit: Since we are a pediatric office, all children under the age of 18 years old must be accompanied by an adult. If for any reason the parent or legal guardian will not be able to bring the child in, we have a form that allows you to list persons authorized to bring your children to the appointment. We will not be able to keep an appointment without an authorized adult present.

Controlled Substance Prescriptions: If your child is on any controlled substance medication, it is written on a state required prescription pad. These prescriptions are only good for 7 days from the date written on the prescription. Our office requires a 24 hour turn around time on these written prescriptions. If the prescription is not filled within the 7 days, we WILL NOT change the date. The original prescription must be returned to our office. A new prescription will need to be requested following the same 24 hour turn around time and there will be a \$10.00 duplicate charge fee.

Medical Record Request: When records are requested, a medical record release form will need to be signed. If records are sent to another physician, there is no fee. When a parent or guardian requests a complete copy of the medical records for personal use a fee will apply. The fee is \$25.00 for the first 20 pages and \$0.15 per page thereafter per child. If a parent is requesting only growth chart, physical form or shot record, a \$10.00 fee will apply.

Form Fees: During your child's office visit, discuss any required forms that you may need for school or daycare. These could include physical forms, medication administration forms, daycare acceptance forms,etc. When a form is required to be competed and singed by the physician outside of a regular office visit, there will be a 24 hour notice required and a \$10.00 form fee. The fee applies when a school faxes forms to be completed at our office. The fee does not apply when presented at the time of the office visit. All FMLA forms will need a 3 to 4 business day notification. The fee for these forms is \$10.00.

Annual/Monthly (under 18 months) Well Child Exams: After the age of 2 years, it is recommended that your child come in annually for preventative office visit. Well exams are important to maintaining a healthy child. A well exam is a time for the physician to check developmental milestones both mentally and physically. It is a time to review nutrition, safety, update immunizations and any other concerns that you may have. If your child is under two, try to book the next appointment after your current well exam. If booking for an annual well exam, it is best to schedule a couple of months in advance. Check with receptionist for availability. For families that have more than two children, we may limit only two children in a family on one day. On the day of an appointment, if you are more than 15 minutes late, the appointment will need to be rescheduled. We recommend that adolescent children get their physicals in the early summer months. This will help lower the stress of the back to school rush. Please provide all sports physical forms and medication forms at time of visit. Check with your schools web site for access to these forms.

No Show Policy: A missed appointment is a loss to everyone. Please call our office 24 hours in advance to cancel or reschedule your appointment. This will create an opening for another child that needs to see the physician. A **NO SHOW** is when a patient does not keep their scheduled appointment and fail to call 24 hours in advance to cancel or reschedule the appointment. After 2 missed appointments within a year, we will contact you about those missed appointments; the 3third missed appointment will result in dismissal from our practice.

Thank you for letting us be an important part of your children's lives.

Sincerely,

Dr. Edward E. Moayyad, Dr. Stephanie P. Gold and Staff

Patient's Name:		DOB:
	(Print First & Last Name)	
Parent/Guardian's Name:	(Print First & Last Name)	
Parent/Guardian Signature:		Date:

TEXAS VACCINES FOR CHILDREN PROGRAM (TVFC) PATIENT ELIGIBILITY SCREENING RECORD

CLINIC USE ONLY:
TVFC Eligible:
Yes No

A record must be kept in the office of the health care provider that reflects the status of all children 18 years of age or younger who receive immunizations through the Texas Vaccines for Children Program. The record may be completed by the parent, guardian, or individual of record. This same record may be used for all subsequent visits as long as the child's eligibility status has not changed. If patient eligibility changes, a new form must be completed. While verification of responses is not required, it is necessary to retain this or a similar eligibility screening record for each child receiving vaccines under the TVFC Program.

Date of Screening:				
Child's Name:		First N	ате	MI
Child's Date of Birth:	mm/dd/	v	Age:	
Parent/Guardian/Individua	l of Record:			
Last Name		First Nam	ne	MI
Provider's/Clinic's Name:				

Please check the first category that applies; check only one.

- □ (a) Is enrolled in Medicaid, or
- □ (b) Does not have health insurance (uninsured), or
- (c) Is an American Indian, or
- (d) Is an Alaskan Native, or
- □ (e) Is a patient who receives benefits from the Children's Health Insurance Plan (CHIP), or
- (f) Is underinsured: 1) has commercial (private) health insurance, but coverage does not include vaccines; or 2) insurance covers only selected vaccines (TVFC-eligible for noncovered vaccines only); or 3) insurance caps vaccine coverage at a certain amount. Once that coverage amount is reached, the child is categorized as underinsured.

Fully, privately insured children are no longer eligible for TVFC vaccine.

□ (g) Has private insurance that covers vaccines (not TVFC eligible).

Signature:

Date:

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.state.bx.us for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

Texas Department of State Health Services Immunization Branch



Stock No. C-10 Revised 12/2011

PROGRAMA DE VACUNAS PARA NIÑOS DE TEXAS REGISTRO DE DETERMINACIÓN DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE

SÓLO PARA U	
TVFC E	ligible:
🗌 Sí	🗌 No

Debe mantenerse un registro en el consultorio del proveedor de salud que refleje el estado de todos los niños de 18 años de edad o menos que reciban inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas para Niños de Texas (o TVFC). Dicho registro lo puede rellenar el padre o la madre, el tutor o el individuo que consta en el registro. Puede usarse el mismo registro para todas las consultas posteriores, en tanto el estado del derecho a la participación del niño no haya cambiado. Si cambia el derecho a la participación del paciente, debe rellenarse un nuevo formulario. Aunque no se requiere la verificación de las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, de determinación del derecho a la participación para cada niño que reciba vacunas bajo el Programa de TVFC.

Fecha de la determinación:		an an ann an an an an an an an Anna		and the second	
Nombre del niño:					
Apellido		Primer Nor	nbre	Inicial del 2.º nombre	
Fecha de nacimiento del niño:	/		Edad:		
Padre o madre, tutor o individuo qu	^{mm/dd} Ie consta en e				
Apellido	Primer nom	bre		Inicial del 2.º nombre	

Nombre del proveedor o de la clínica:

Marque la primera categoría que corresponda; marque sólo una.

- a) Está inscrito en Medicaid, o
- (b) No tiene seguro médico (no asegurado), o
- (c) Es indio americano, o
- (d) Es nativo de Alaska, o
- c) (e) Es un paciente que recibe prestaciones del Plan de Seguro Médico Infantil (o CHIP), o
- (f) Está subasegurado: 1) tiene seguro médico comercial (privado), pero la cobertura no incluye las vacunas; 2) el seguro cubre sólo algunas vacunas elegidas (reúne los requisitos del TVFC sólo para las vacunas no cubiertas) o 3) el seguro limita la cobertura de vacunas a cierta cantidad. Una vez alcanzada dicha cantidad de cobertura, se categorizará al niño como subasegurado.

Los niños que tienen seguro total, privado ya no reúnen los requisitos de las vacunas por medio del TVFC.

(g) Tiene seguro privado que cubre las vacunas (no reúne los requisitos del TVFC).

Firma:

Fecha:

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.bx.us para obtener más información sobre la notificación de privacidad. (Referencia: Código gubernamental, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Texas Department of State Health Services Immunization Branch



Stock No. C-10 Revised 12/2011

TEXAS DEPARTMENT OF STATE HEALTH SERVICES IMMUNIZATION REGISTRY (ImmTrac) <u>MINOR</u> CONSENT FORM

Texas Immunization Registry

(Please print clearly)			
			For Clinic/Office Use
Child's Last Name		0.7	
Child's First Name		Child's Middle Name	
	*Children under 18 years only.	Child's Gender: 🗌 Ma	le 🗌 Female
Child's Date of Birth			
Child's Address		Apartment #	Telephone
City		State Zip Code	County
Mother's First Name		Mother's Maiden Name	
ImmTrac, the Texas immunization		and the second state of the fact of the second state of the	

immunization registry is a secure and confidential service of the rexas Department of State freatur Services (DSFIS). The immunization registry is a secure and confidential service that consolidates and stores your child's (<u>under 18</u> years of age) immunization records. With your consent, your child's immunization information will be included in ImmTrac. Doctors, public health departments, schools and other authorized professionals can access your child's immunization history to ensure that important vaccines are not missed.

The Texas Department of State Health Services encourages your voluntary participation in the Texas immunization registry.

Consent for Registration of Child and

Release of Immunization Records to Authorized Entities

I understand that, by granting the consent below, I am authorizing release of the child's immunization information to DSHS and I further understand that DSHS will include this information in the state's central immunization registry ("ImmTrac"). Once in ImmTrac, the child's immunization information may by law be accessed by:

• a public health district or local health department, for public health purposes within their areas of jurisdiction;

- a physician, or other health care provider legally authorized to administer vaccines, for treating the child as a patient;
- · a state agency having legal custody of the child;
- a Texas school or child care facility in which the child is enrolled;

• a payor, currently authorized by the Texas Department of Insurance to operate in Texas, regarding coverage for the child. I understand that I may withdraw this consent to include information on my child in the ImmTrac Registry and my consent to release information from the Registry at any time by written communication to the Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

By my signature below, I <u>GRANT</u> consent for registration. I wish to <u>INCLUDE</u> my child's information in the Texas immunization registry.

Parent, legal guardian or managing conservator:

Printed Name

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 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.state.tx.us for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 and 559.004)

Questions? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 Stock No. C-7 Revised 05/27/11



Date



<u>PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac</u> – Please enter client information in ImmTrac and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac. Retain this form in your client's record.

DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEXAS REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac) FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO <u>PARA MENORES</u>

Texas Immunization Registry

hire de la Madr Apellido de Solters de la Madre registro de immunización (Imm Trac) de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS registro de immunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de immunización es un ante (A) (memor de daños de edad). Con su consentimiento, la información de la immunización de su niño(a) par guar que las vacunas importantes no le faiten. El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de immunización de traxs. Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Concer los Documents de Immunización al empunización de texas. Consentiniento Para Registrar al Menor y Dar a Concer los Documents de Immunización de Immunización de Texas. Consentiniento a continuación, autoriza que es de a concer la información de immunización de mor al DSHS, y más entiendo que es DSHS incluirá esta información en el registro central de immunización del estata (d'Imm Trac'). Una vez que la ormación del menor esté en Imm Trac, por ley la puede acceder: e el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción; e la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; e la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; e la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; e la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; e la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; e la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; e la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; e la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; e la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; e la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; e la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; e la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; e la gastori due lemportare este on lemportazizado por el Departamento del S	(Favor	de es	cribir	clar	ame	nte c	con	letra	de	mold	e)																									~
bre del Nilo(a) Segundo Nombre del Nilo(a) de National "Salamente tiliton menora de ll stins. Genero: Masculino a de National Genero: Masculino Penesino a de National Genero: Masculino Penesino a de National Genero: Masculino Penesino a de National Apartamento # Teléfono ind Descrito Manutización estino servicio gentra y confidencial que consolida y guard a le record de imunizaciones de su anito(a) (menor de la Madre registro de inmunización estino servicios agenta y confidencial que consolida y guard a le record bi imunizaciones de su anito(a) performanta de inmunización de la Inmunización de Inmunización de Inmunización de la Inmunización de la Inmunización de la Inmunización de la Inmunización de Inmuninación de Inmunización de Inmuninación de In			1									-										L				1	For	Clin	nic/C	Offic	ce U.	se				
a de Nacimiento del Nilo(a) *Selamente niños menors de l8 nilos. Género: Mascuino Penenino a de Nacimiento del Nilo(a). Apartamento # Ideóno Ideóno Ideóno ción del Nilo(a). Calle Apartamento # Teléfono Ideóno Ideóno Ideóno ind Apartamento # Teléfono Ideóno	ellido (iel N	iño(a))																																
a de Nacimiento del Nilo(a) *Selamente niños menors de l8 nilos. Género: Mascuino Penenino a de Nacimiento del Nilo(a). Apartamento # Ideóno Ideóno Ideóno ción del Nilo(a). Calle Apartamento # Teléfono Ideóno Ideóno Ideóno ind Apartamento # Teléfono Ideóno	TT	T	1			T									1		Τ					1.	Τ	Τ	Τ	1	T			Τ						
a de Nacimiento del Nilo(a) *Selamente niños menors de l8 nilos. Género: Mascuino Penenino a de Nacimiento del Nilo(a). Apartamento # Ideóno Ideóno Ideóno ción del Nilo(a). Calle Apartamento # Teléfono Ideóno Ideóno Ideóno ind Apartamento # Teléfono Ideóno	mbred	lel N	iño(a)													-	_			Segundo	Nom	bre	del N	liño	(a)	1	1					1				
a de Xacimiento del Nilo(a) ceión del Nilo(a), Calle ceión del Nilo(a), Calle Apartamento # Telefono		. [1	1.1	1				1			-													_						_	_				
cción del Niño(a), Cale Apariamento # Teléfono control de la Madre Apellido de Soltera de la Madre registro de immunización (ImmTrac) de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS registro de immunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el record de immunización de su niño(a) (memor de años de eda). Cos su consentimiento, la información de la immunización de unminización de su niño(a) par agrar que las vacuanas importantes no le falter. El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro dei munización de su niño(a) par agrar que las vacuanas importantes no le falter. El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro del menor al DSHS, y más entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de immunización de el menor al DSHS, y más entiendo que el const en limitra con por 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 agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; la escuela o la guardrá da Crease en que el menor está inscrito; el agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; el agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; el agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; el agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; el agencia cestatal que tenga la custodia legal del menor; el agencia cestatal que tenga la custodia legal del menor; el agencia cestatal que tenga la custodia legal del menor; el agencia cestatal que tenga la custodia legal del menor; el agencia cestatal que tenga la custodia legal del menor; el agencia cestatal que tenga la custodia legal del menor; el agencia estatal que tenga la custodia				/					* <u>Se</u>	olam	ente	niñ	os n	enc	ores	de I	8 a)	<u>105.</u>			G	énero	D :		\Box	Ma	scul	lino			L	F	eme	nino		
Lind Extudo Código Postal Municipio Lind Apellido de Soltera de la Madre registro de immunización (Imm Trac) de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Stattal de Servicios de Salud (DSHs años de cada). Con su consentimiento, la información de la immunización de su niño(a) será incluida en Imm Trac. Los doctores, sartamentos de sun simoriantes no le falten. <i>Apellido de Soltera de la Madre</i> Consumerinto Teara Registrar al Menor y Dara Concer los Documentos de Immunización de su niño(a) será incluida en Imm Trac. Los doctores, sartamentos de sun divola, con su consentimiento a continuación, autoriza que se de a concer la información de immunización de la munuización de su niño(a) per gurar que las vacunas importantes no le falten. <i>Consentiniento Para Registra al Menor y Dara Concer los Documentos de Immunización a las Entidade Autorizadas</i> registro de immunización el unima za participar voluntariamente en el registro de immunización del menor al DSHS, y más entiendo que el DSHS incluirá esta información de atención de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción; e I mádico, a olgún otto médico o provedend de atención de salud local, para propósitos de salud pública, dentro de sus áreas de jurisdicción; e I madro, actualimente autorizado por el Departamento de Salud local, para propósitos ober al menor en el Registro de lamm Tae y mi consentimiento del menor como paciente; la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; e la egacia, catualimente autorizado por el Departamento de Salud lecalin sobre el menor en el Registro	cha de	Naci	mient	o dei	Niñ	io(a))					0														-		_								
Lind Extudo Código Postal Municipio Lind Apellido de Soltera de la Madre registro de immunización (Imm Trac) de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Stattal de Servicios de Salud (DSHs años de cada). Con su consentimiento, la información de la immunización de su niño(a) será incluida en Imm Trac. Los doctores, sartamentos de sun simoriantes no le falten. <i>Apellido de Soltera de la Madre</i> Consumerinto Teara Registrar al Menor y Dara Concer los Documentos de Immunización de su niño(a) será incluida en Imm Trac. Los doctores, sartamentos de sun divola, con su consentimiento a continuación, autoriza que se de a concer la información de immunización de la munuización de su niño(a) per gurar que las vacunas importantes no le falten. <i>Consentiniento Para Registra al Menor y Dara Concer los Documentos de Immunización a las Entidade Autorizadas</i> registro de immunización el unima za participar voluntariamente en el registro de immunización del menor al DSHS, y más entiendo que el DSHS incluirá esta información de atención de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción; e I mádico, a olgún otto médico o provedend de atención de salud local, para propósitos de salud pública, dentro de sus áreas de jurisdicción; e I madro, actualimente autorizado por el Departamento de Salud local, para propósitos ober al menor en el Registro de lamm Tae y mi consentimiento del menor como paciente; la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; e la egacia, catualimente autorizado por el Departamento de Salud lecalin sobre el menor en el Registro																																				
and here de la Madr Apellido de Soltera de la Madre registro de immunización (ImmTrac) de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS registro de immunización es un aservicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de immunizaciones de su niño(a) (morna de das) dados de estato. Con su consentimiento, la información de la immunización de su niño(a) par guarda que avecunas importantes no le falten. El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de immunización de traxas. Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Concer los Documentos de la munización de la re	rección	del	Niño(:	a), C	aile										1	-	1	1			Apar	tame	nto #	ŧ	1	-	T	elé	fono							101
and here de la Madr Apellido de Soltera de la Madre registro de immunización (ImmTrac) de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS registro de immunización es un aservicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de immunizaciones de su niño(a) (morna de das) dados de estato. Con su consentimiento, la información de la immunización de su niño(a) par guarda que avecunas importantes no le falten. El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de immunización de traxas. Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Concer los Documentos de la munización de la re	TT	-	1		1			1							T	Г	Τ	1			Γ	1	T		Τ	1	Г	Τ	T	Τ	Т	T	T	1		T
and here de la Madr Apellido de Soltera de la Madre registro de immunización (ImmTrac) de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS registro de immunización es un aservicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de immunizaciones de su niño(a) (morna de das) dados de estato. Con su consentimiento, la información de la immunización de su niño(a) par guarda que avecunas importantes no le falten. El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de immunización de traxas. Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Concer los Documentos de la munización de la re			1											_						Estada		ódiar	Por	tol	1		L	1	icini	in						
registro de innunización (ImmTrac) de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS registro de innunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de innunizaciones de su niño(a) (menor de años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño(a) será incluida en ImmTrac. Los doctores, <i>El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de innunización de su niño(a) par gurar que las vacunas importantes no le falten. <i>El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de innunización de su niño(a) par gurar que las vacunas importantes no le falten. <i>El Departamento fattati de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro catado</i> ("ImmTrac"). Una vez que la consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y más entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro catral de innunización de demora ado ("ImmTrac"). Una vez que la comación del menor esté en ImmTrac, 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 maditor, o algún otro medico o provecdor de atención de Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor. la agencia estatal que tenga la custodía legal del menor; la escuela o la guarderia de Texas en que el mono mediante comunicación sobre el menor an Seguro y mi consentimiento para a conocer la información de l'egistro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services mTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347. Intraa abajo, YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el gistro de inmunización de Texas. guno de los padres, tutor l</i></i>	idad																-	-		Estado		odigo	0 POS	star			T	T	Terpi			-			-	-
registro de innunización (ImmTrac) de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS registro de innunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de innunizaciones de su niño(a) (menor de años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño(a) será incluida en ImmTrac. Los doctores, <i>El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de innunización de su niño(a) par gurar que las vacunas importantes no le falten. <i>El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de innunización de su niño(a) par gurar que las vacunas importantes no le falten. <i>El Departamento fattati de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro catado</i> ("ImmTrac"). Una vez que la consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y más entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro catral de innunización de demora ado ("ImmTrac"). Una vez que la comación del menor esté en ImmTrac, 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 maditor, o algún otro medico o provecdor de atención de Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor. la agencia estatal que tenga la custodía legal del menor; la escuela o la guarderia de Texas en que el mono mediante comunicación sobre el menor an Seguro y mi consentimiento para a conocer la información de l'egistro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services mTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347. Intraa abajo, YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el gistro de inmunización de Texas. guno de los padres, tutor l</i></i>																																				
registro de immunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de immunizaciones de su niño(a) (menor de años de edad). Con su consentimiento, la información de la immunización de su niño(a) será incluida en Imm Trac. Los doctores, paratamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de immunización de su niño(a) par gurar que las vacunas importantes no le falten. <i>El Deparamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de immunización de Texas.</i> Consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la Información de immunización del menor al DSHS, y emás entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de immunización del setado ("Imm Trac"). Una vez que la ormación del menor esté en ImmTrac, 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 medico, o algún otro médico o 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 agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; el agandor, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor. et a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services mTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347. Hirmar abajo, YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el gistro de immunización de Texas. guno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: <i>Escriba</i> con letra de molde tet. A usted se le dete conceder el derecho de nechti revesta a los doctores, seccion 2021, 52.023, 550.003 y 559.004) ese ha determinado sea incorreca. Unique infor	mbre o	le la	Madr	e				1					L	7.1				-		Apellido	de Se	olter	a de	la N	Aadr	e										
tiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de imunización del menor al DSHS, y más entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de immunización del estado ("ImmTrac"). Una vez que la ormación del menor esté en ImmTrac, 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 médico o 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. tiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac y mi consentimiento para a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services mTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347. Infirmar abajo, YO <u>AUTORIZO</u> el consentimiento para registrarlo. Deseo <u>INCLUIR</u> la información de mi niño(a) en el gistro de inmunización de Texas. guno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde tificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuentas excepciones, usted tiene el derecho de solictar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne so tatíficación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuentas excepciones, usted tiene el derecho de solictar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne so tatíficación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuentas excepciones, usted tiene el derecho de solictar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne so tatíficación Sobre Privacidad: Tan solo por una	parta	men r au	tos de e las	e sal	ud j mas	púbi s im	lica por	tant	cuel tes r	las y 10 le	oti oti	ten.	prof	esi	ona	les	auto	oriza	dos	s pueden	tener	r acc	ceso	al	histo	orial	l de	in	mun	iza	ició	n de	e su	niño		par
tiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de imunización del menor al DSHS, y más entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de immunización del estado ("ImmTrac"). Una vez que la ormación del menor esté en ImmTrac, 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 médico o 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. tiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac y mi consentimiento para a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services mTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347. Infirmar abajo, YO <u>AUTORIZO</u> el consentimiento para registrarlo. Deseo <u>INCLUIR</u> la información de mi niño(a) en el gistro de inmunización de Texas. guno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde tificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuentas excepciones, usted tiene el derecho de solictar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne so tatíficación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuentas excepciones, usted tiene el derecho de solictar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne so tatíficación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuentas excepciones, usted tiene el derecho de solictar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne so tatíficación Sobre Privacidad: Tan solo por una		12	1			_	_	_		_		_	_	_	_	_																				
emás entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac"). Una vez que la ormación del menor esté en ImmTrac, 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 médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente; el asgencia estatal que tenga la custodia legal del menor; el asguela 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. tiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac y mi consentimiento para ra conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services mTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347. Infirmar abajo, YO <u>AUTORIZO</u> el consentimiento para registrarlo. Deseo <u>INCLUIR</u> la información de mi niño(a) en el gistro de inmunización de Texas. guno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde infincación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted fiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne so tat. A usted se le debe concedar el derecho de neutiny revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corija cualquier informa es e ha determinado sea incorrecta. Dirijase a http://www.dshs.state.tx.us para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 2021, 552.023, 559.003 y 559.004) me preguntas? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com as Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149	ntiend	o qu	ie, co	n m	i co	nser	ntin	nier	ito a		ntin	uac	ión,	au	tori	zo	que	se d	έa	conocer	la int	form	nacio	ón (ie in	mu	niz	aci	ón d	lel	mer	nor	al E	SHS	S, y	
 el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurísdicción; el médico, o algún otro médico o 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; el agador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor. el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor. el onocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services mTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347. I firmar abajo, YO <u>AUTORIZO</u> el consentimiento para registrarlo. Deseo <u>INCLUIR</u> la información de mi niño(a) en el gistro de inmunización de Texas. guno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde tificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted liene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reine so a la determinado sel incorrecta. Dirijase a http://www.dshs.state.tx.us para más información sobre la Notificación sobre privacidad. Referencia. Government Code, sección 2021, 552.023, 559.003 y 559.004) me preguntas? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com as Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 	iemás	enti	endo	que	ell	DSF	HS	incl	uirá	est	a in	form	nac	ión	en	el r	egis	stro d	ent	tral de ini	muni	izaci	ón (iel	esta	do ("In	nm	Trac	:").	. Un	ia v	ez c	que l	a	
 el médico, o algún otro médico o 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. tiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac y mi consentimiento para a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services mTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347. I firmar abajo, YO <u>AUTORIZO</u> el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el gistro de inmunización de Texas. guno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde tificación 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 so a se ha determinado sea incorrecta. Dirijase a http://www.dshs.state.tx.us para mais información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia. Government Cade, sección 2021, 552-03, 550.03 y 559.004) me preguntas? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com as Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 	forma	ciór	1 del	men	or e	sté	en	Im	mTı	rac,	por	ley	lar	oue	de a	icce	eder	:			1			1:00	dan		da		óra	00	da i	meic	edic	ción		
menor como paciente; I a agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; I a escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito; I a escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito; I a escuela o la guardería de Texas en que el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor. tiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac y mi consentimiento para a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services mTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347. I firmar abajo, YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el gistro de inmunización de Texas. guno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: cha Firma tificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser información que el Estado de Texas reúne sol ted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerita. Usted también tiene el derecho de pedrí que la agencia estati corija cualquier información 2021, 552.023, 559.003 y 559.004) stock No. Revised 05/2	• el	dis	trito d	ie sa	ilud	púi	blic	a 0	el d	lepa	rtan	ient	to d	e sa	alud	100	cal,	para	pro	opositos o	ie sa	rizac	to n	ara	adm	ninis	ue	sus r v	are	195	en	uns i el t	trate	amie	, mto	del
 la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito; el agador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor. tiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac y mi consentimiento para ra conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services mTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347. I firmar abajo, YO <u>AUTORIZO</u> el consentimiento para registrarlo. Deseo <u>INCLUIR</u> la información de mi niño(a) en el gistro de immunización de Texas. guno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: <u>Escriba con letra de molde</u> reta reta reta reta es ha determinado sea incorrecta. Dirijase a http://www.dshs.state.tx.us para mas información sobre privacidad. (Referencia: <i>Covernment Code</i>, sección 2021, 552.0023, 559.003 y 559.004) stock No. as Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 								iedi	CO () pro	ovet	:001	de	ale	nen	011 0	ue s	aiuu	ICE	gannente	auto	11Zac	10 p	ara	aun		Suu		ucui	100	, •••		CI CICC	*****	1100	
 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. tiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac y mi consentimiento para a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services mTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347. I firmar abajo, YO <u>AUTORIZO</u> el consentimiento para registrarlo. Deseo <u>INCLUIR</u> la información de mi niño(a) en el gistro de inmunización de Texas. guno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde rena terna 								ga l	a cu	istoc	tia I	ega	l de	l m	ienc	or;																				
 el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor. tiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac y mi consentimiento para a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services mTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347. I firmar abajo, YO <u>AUTORIZO</u> el consentimiento para registrarlo. Deseo <u>INCLUIR</u> la información de mi niño(a) en el gistro de inmunización de Texas. guno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: <u>Escriba con letra de molde</u> <u>Firma</u> 	• la	esc	uela	o la	gua	rder	ría	de 1	exa	is er	ı qu	e el	me	noi	r est	é ir	iscr	ito;																		
tiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac y mi consentimiento para ra conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services mTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347. Il firmar abajo, YO <u>AUTORIZO</u> el consentimiento para registrarlo. Deseo <u>INCLUIR</u> la información de mi niño(a) en el gistro de inmunización de Texas. guno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: <u>Escriba con letra de molde</u> tificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser información sobre la información que el Estado de Texas reúne sol ted. 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 2021, 552.023, 559.003 y 559.004 y 559.004 y 559.004 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.004 sobre privacidad. (Referencia: <i>Government Code</i> , sección 2021, 552.023, 559.003 y 559.004 y 559.004 y 559.004 y 559.003 y 559.004 y 559.004 y 559.003 y 559.004 y 559.004 y 559.003 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.003 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.004 y 559.004 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 559.004 y 559.003 y 5	• el	pag	gador	, act	ualı	nen	ite a	auto	riza	ido p	oor	el D	epa	irta	mer	nto	del	Segi	ro	de Texas	para	a ope	erar	en	Tex	as, (con	res	spec	to	a la	. coł	bert	ura	del	
r a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services mTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347. Il firmar abajo, YO <u>AUTORIZO</u> el consentimiento para registrarlo. Deseo <u>INCLUIR</u> la información de mi niño(a) en el gistro de inmunización de Texas. guno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde recha Firma httficación 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 sol ted. 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 corija cualquier informa- zo1, 552.023, 559.003 y 559.004) tene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com as Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 Revised 05/27	m	ieno	r.				a.											,		- 1 1				:	ates	do I	[. т.			i ac	mee	antii	mier	to r	ara
mTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347. I firmar abajo, YO <u>AUTORIZO</u> el consentimiento para registrarlo. Deseo <u>INCLUIR</u> la información de mi niño(a) en el gistro de inmunización de Texas. guno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde rcha Firma tificación 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 sol ted. 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 sobre privacidad. (Referencia: <i>Government Code</i> , sección 2021, 552.023, 559.003 y 559.004) ene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com Stock No. Revised 05/2	ntiend	lo qu	ie pu	edo	retii	rar e	este	COI	iser	itim	ient	o pa	ara	inc.	ome	info	orm	acio ediar	1 Se	comunic:	enor aciór	n esc	rita	al	exa	s De	ena	rtm	ient	of	Sta	te F	Heal	th S	ervi	ces.
I firmar abajo, YO <u>AUTORIZO</u> el consentimiento para registrarlo. Deseo <u>INCLUIR</u> la información de mi niño(a) en el gistro de inmunización de Texas. guno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde scha Firma tificación 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 sol ted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedír que la agencia estatal corrija cualquier informa- e se ha determinado sea incorrecta. Dirijase a http://www.dshs.state.tx.us para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: <i>Government Code</i> , sección 2.021, 552.023, 559.003 y 559.004) eme preguntas? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com as Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 Revised 05/27	nmTra	ac G	roup	-M	IIIIa [C 1	946	6. P	.0.	Box	(14)	934	7. A	lust	in.	Tex	as	78	714-9	34	47.	ueror				UTLU	0.0	-pa							1000		
guno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde retha Firma tificación 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 sol ted. 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 informa- es e ha determinado sea incorrecta. Dirijase a http://www.dsths.state.tx.us para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: <i>Government Code</i> , sección 2.021, 552.023, 559.003 y 559.004) ene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com as Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 Revised 05/2			p												-								11007							-	No.					and the second
guno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde retha Firma tificación 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 sol ted. 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 informa- es e ha determinado sea incorrecta. Dirijase a http://www.dsths.state.tx.us para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: <i>Government Code</i> , sección 2.021, 552.023, 559.003 y 559.004) ene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com as Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 Revised 05/2	l firm	nar	abaj	0, 3	10	AU	тс	RI	zo	el	con	sen	tim	ien	ito	par	ra r	egis	ra	rlo. Dese	eo <u>I</u>	NCI	LUI	RI	a in	for	ma	ció	n d	e r	ni t	ıiño	0(a)	en	el	
Escriba con letra de molde Escriba con letra de molde Firma tificación 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 sol ted. 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 e se ha determinado sea incorrecta. Dirijase a http://www.dshs.state.tx.us para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: <i>Government Code</i> , sección 2.021, 552.023, 559.003 y 559.004) ene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com as Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 Revised 05/2 ⁺																																				
Escriba con letra de molde Escriba con letra de molde Firma tificación 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 sol ted. 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 e se ha determinado sea incorrecta. Dirijase a http://www.dshs.state.tx.us para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: <i>Government Code</i> , sección 2.021, 552.023, 559.003 y 559.004) ene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com as Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 Revised 05/2 ⁺																																				
Firma bitificación 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 sol ted. 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 sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 2.021, 552.023, 559.003 y 559.004) ene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com as Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 Stock No.	lguno	de	los pa	idre	s, tu	itor	leg	al o	ad	mini	istra	ado	r de	bi	enes	:		r		1.	1		1.												7.00	
 bitificación 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 sol ted. 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 sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: <i>Government Code</i>, sección 2.021, 552.023, 559.003 y 559.004) ene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com Stock No. Revised 05/2² 																	1	Escr	ba	i con letra	i de i	mola	ie													
 bitificación 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 sol ted. 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 sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: <i>Government Code</i>, sección 2.021, 552.023, 559.003 y 559.004) ene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com Stock No. Revised 05/2² 																																				
ted. 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 corria cualquier información e se ha determinado sea incorrecta. Dirijase a http://www.dshs.state.tx.us para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 2.021, 552.023, 559.003 y 559.004) ene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com as Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 Revised 05/2*	echa									Firm	na																									
ted. 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 corria cualquier información e se ha determinado sea incorrecta. Dirijase a http://www.dshs.state.tx.us para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 2.021, 552.023, 559.003 y 559.004) ene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com as Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 Revised 05/2*	-			all and a second						the local dist		-	10000				-			10			-													ND ISO IN
as Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 Revised 05/2	usted. A que se h	uste a det	d se le ermina	debe do se	con a inc	cede	r el o cta.	ierec	ho d	e rec	ihir v	revie	sarla	info	orma	ción	al re	querir	a.	Usted tambi	en tier	ne el (derec	tho (le pe	dir au	le la	age	encia	esta	atal d	COITIN	a cua	alquie	r into	rmac
	iene pr xas De	egu part	ntas? ment ((80 of St	0) 2: ate I	52-9 Heal	152 Ith S	• Servi	(512 ices	.) 458 • Ir	8-72 nm7	84 • Frac	w Gre	ww	.Imn – M	nTra IC 1	ac.co .946	om • P.	0.	Box 14934	7 • .	Aust	in, T	x	7871	4-93	47									
	ا جار	* :															Г			and service and							-									

TEXAS Department of State Health Services



<u>PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac</u> – Please enter client information in ImmTrac and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac. Retain this form in your client's record.