



Immunization Consent Form

1. I agree that the person named below will get the vaccine checked below.
2. I received or was offered a copy of the Vaccine Information Statement (VIS).
3. I know the risks of vaccine preventable diseases.
4. I know the benefits and risks of the vaccine to be administered.
5. I have had a chance to ask questions about the diseases, the vaccine, and how the vaccine is given.
6. I know that the person named below will have a vaccine put in his/her body.
7. I am an adult who can legally consent for the person named below to get vaccines. I freely and voluntarily give my signed permission for each vaccine.

Vaccine(s) to be given: ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B ☐ DTaP ☐ Td ☐ IPV ☐ Influenza

☐ MMR ☐ Hib ☐ Varicella ☐ Pneumococcal Conjugate ☐ MenB

☐ MCV4 ☐ HPV ☐ Tdap

Information about the person to receive vaccine (Please print)				
Name: Last First Middle Initial			Birthdate	Age
Address: Street	City	County	State TX	Zip
Signature of person to receive vaccine or person to make the request (parent or guardian):				
X _____ Date _____				
_____ Date _____				
Witness				

CONSENT FOR THE TEXAS DEPARTMENT OF HEALTH STATE-WIDE IMMUNIZATION REGISTRY, ImmTrac

1. I authorize the placement of my child's demographic information and immunization record into the Texas Department of Health's Immunization Registry.
2. I authorize the Texas Department of Health's Immunization Registry to release past, present, and future immunization records on my child to a parent and any of the following:
 - A) public health district.
 - B) local health department.
 - C) physician to the child.
 - D) schools in which the child is enrolled; and/or E) childcare facility in which the child is enrolled.
3. I understand I may withdraw the consent to place information on my child in the immunization registry and my consent to release information from the registry at any time by written communication to the Texas Department of Health, Immunization Registry, 1100 W. 49th Street, Austin, Texas 78756.

☐ Yes. Add my child's information into the Texas Department of Health, Immunization Registry.

☐ No. Do Not add my child's information into the Texas Department of Health, Immunization Registry.

Signature of parent, guardian, or managing conservator

Date of signature



Consentimiento Para Dar Vacunas

1. Estoy de acuerdo en que la persona nombrada abajo reciba la vacuna marcada.
2. He recibido o se me ha ofrecido copia de la hoja con la información sobre la vacuna (VIS).
3. Conozco los riesgos de las enfermedades susceptibles de vacunación.
4. Conozco los beneficios y los riesgos de la vacuna.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad, la vacuna, y como se da la vacuna.
6. Se que a la persona nombrada abajo le van a dar una vacuna.
7. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo el permiso para que le den esta vacuna.

Vacuna(s) que se va a dar: ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B ☐ DTaP ☐ Td ☐ MMR ☐ Hib ☐ Varicela

☐ Pneumococcal Conjugate ☐ MCV4 ☐ HPV ☐ Tdap ☐ Men B ☐ Influenza

Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en imprenta)				
Apellido	Nombre	I	Fecha de nacimiento	Edad
Dirección: Calle	Ciudad	Condado	Estado	ZIP
Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):				
x _____ Fecha _____ x				
_____ Fecha _____				
Testigo				

CONSENTIMIENTO PARA ImmTrac, EL REGISTRO DE VAUNAS DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE TEXAS

1. Autorizo que la información demográfica y el récord de inmunizaciones de mi hijo/hija se ponga en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.
2. Autorizo al Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas para que disemine cualquier información pasada, presente, y futura en los sobre las inmunizaciones de mi hijo/hija a mi o cualquiera de las siguientes personas o agencias:
 - F) Distrito de salud publica
 - G) Departamento de salud local
 - H) Médico del niño/niña
 - I) Escuela en que está inscrito el niño/niña
 - J) Guardería en que está inscrito el niño/niña

3. Entiendo que puedo retirar mi autorización para poner la información sobre mi hijo/hija en el registro de inmunizaciones, y que puedo retirar mi autorización para diseminar información del registro en cualquier momento escribiendo al Texas Department of Health, Immunization Registry, 1100 W. 49th Street, Austin, Texas 78756.

☐ Si. Ponga la información de mi hijo/hija en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.

☐ No. No ponga la información de mi hijo/hija en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.

Firma del padre, madre, o tutor legal

Fecha