

Sun City Kidz Clinic

New Patient Registration

PRIMARY LANGUAGE SPOKEN _____ DOCTOR YOU ARE HERE TO SEE? _____

PATIENT INFORMATION

NAME _____
(LAST) (FIRST) (MIDDLE)

SEX: MALE FEMALE DOB _____

RACE (CIRCLE ONE): AFRICAN AMERICAN ASIAN NATIVE AMERICAN OR ALASKA NATIVE
NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER WHITE DECLINE TO STATE

ETHNICITY (CIRCLE ONE): HISPANIC/LATINO NON-HISPANIC/NON-LATINO DECLINE TO STATE

PARENT(S) OR GUARDIAN(S) INFORMATION

PARENTS MARITAL STATUS? ☐ MARRIED ☐ UNMARRIED ☐ WIDOWED ☐ OTHER _____

WHO DOES PATIENT LIVE WITH? ☐ BOTH PARENTS ☐ MOTHER ☐ FATHER ☐ OTHER _____

FIRST PARENT/GUARDIAN RELATIONSHIP TO PATIENT ☐ MOTHER ☐ FATHER ☐ OTHER _____

NAME _____ DOB _____ SS # _____
(LAST) (FIRST)

ADDRESS _____
(STREET) (APT) (CITY) (STATE) (ZIP)

PHONE: (____) _____ ACCEPT TEXTS? ☐ YES ☐ NO EMAIL: _____

PREFERRED CONTACT METHOD FOR APPT REMINDERS? ☐ TEXT ☐ EMAIL ☐ PHONE MESSAGE ☐ NONE

PREFERRED CONTACT METHOD FOR PATIENT PORTAL MESSAGES? ☐ TEXT ☐ EMAIL ☐ NONE

SECOND PARENT/GUARDIAN RELATIONSHIP TO PATIENT ☐ MOTHER ☐ FATHER ☐ OTHER _____

NAME _____ DOB _____ SS # _____
(LAST) (FIRST)

ADDRESS _____
(STREET) (APT) (CITY) (STATE) (ZIP)

PHONE: (____) _____ ACCEPT TEXTS? ☐ YES ☐ NO EMAIL: _____

PREFERRED CONTACT METHOD FOR APPT REMINDERS? ☐ TEXT ☐ EMAIL ☐ PHONE MESSAGE ☐ NONE

PREFERRED CONTACT METHOD FOR PATIENT PORTAL MESSAGES? ☐ TEXT ☐ EMAIL ☐ NONE

SIBLING NAMES (ONLY IF REGISTERING AS PATIENTS)

NAME _____ DATE OF BIRTH _____

NAME _____ DATE OF BIRTH _____

NAME _____ DATE OF BIRTH _____

NAME _____ DATE OF BIRTH _____

EMERGENCY CONTACT

NAME #1 _____ RELATIONSHIP TO PATIENT _____

ADDRESS _____

PHONE (____) _____ HOME/MOBILE/WORK PHONE (____) _____ HOME/MOBILE/WORK

HOW DID YOU HEAR ABOUT OUR CLINIC? _____

Patient(s) Name _____ DOB _____

PHARMACY INFORMATION (THIS IS WHERE ELECTRONIC SCRIPTS WILL BE SENT)

NAME OF PHARMACY _____

CROSS STREETS (EXAMPLE: MESA & BALTIMORE) _____

PARENTAL CONSENT FOR TREATMENT

I hereby authorize Sun City Kidz Clinic and its medical staff to provide medical care and treatment to all the children listed on the front of this form.

This consent includes routine medical examinations, diagnostic procedures, and treatments as deemed necessary by the attending healthcare provider.

In accordance with Texas Law, Sun City Kidz Clinic will not provide health care to minors unless a parent accompanies them, a parent provides written consent, or a way is provided for the clinic to contact the parent.

I understand that Texas law allows minors to consent to their own treatment in specific situations, such as for counseling regarding suicide prevention, substance abuse, physical/sexual abuse or diagnosis or treatment of sexually transmitted diseases. This consent does not override those provisions.

In Texas, a patient is considered a "minor" if he/she is under 18 years of age, has never married, or has not been declared a legally emancipated minor.

In the event that I, the undersigned, cannot be contacted or am unable to attend the appointment, I authorize the designated individuals below to give consent for treatment on my behalf.

NAME #1 _____ RELATIONSHIP TO PATIENT _____

PHONE NUMBER (____) _____

MAY THIS INDIVIDUAL APPROVE/SIGN FOR VACCINE ADMINISTRATION? (INITIAL ONE) _____ YES _____ NO

NAME #2 _____ RELATIONSHIP TO PATIENT _____

PHONE NUMBER (____) _____

MAY THIS INDIVIDUAL APPROVE/SIGN FOR VACCINE ADMINISTRATION? (INITIAL ONE) _____ YES _____ NO

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

RELATIONSHIP TO PATIENT

PRINT NAME

DATE

Patient Name(s)_____ DOB_____

Sun City Kidz Clinic, P.A. Payment Policy

Fees for services

We would like you to know about your charges in advance. Fees for medical services are based on the cost of procedures required, the amount of professional skill involved, and the amount of time spent. Fees for professional services are determined in essentially the same manner as those of individual practicing physicians throughout Texas.

The office manager will be glad to talk with you about our fees. We will be happy to estimate your charges, although due to the nature of diagnosing medical problems, it will be difficult to be precise concerning total charges. If at any time you have questions about your charges, please let us know.

Payment at time of service

Payment is requested on the day of your visit. If you have medical insurance, we will estimate what your personal balance for the service will be after applying your deductible and co-insurance and ask that you pay that amount. For patients without health insurance we require a minimum payment of 100% at the time of service.

Options for payment

We accept cash, personal checks, Visa and MasterCard. However, there will be a \$35.00 service fee for all returned checks.

What if the account is not paid?

We want to be understanding and cooperative with everyone in paying their medical bill. The staff will work with you in setting up payment arrangements. However, for those patients that do not fulfill their obligations after 90 days, it will be considered in everyone's best interest for those accounts to be referred to a collection agency. Once an unpaid balance is placed with a collection agency, the account must be settled through the collection agency office, not with *Sun City Kidz Clinic, P.A.* In addition, if patients have been referred to collections, all future visits will be provided on a cash only basis.

Physician and Hospital Charges

Charges for medical care provided by our physicians while you are in the hospital are billed by *Sun City Kidz Clinic, P. A.* These charges should not be confused with charges billed by the hospital.

A word about insurance

As a service to you, we will file insurance claims for each of your insurance policies. You will need to furnish the clinic with all the necessary information. Please bring your insurance card to every visit.

It should be understood that your insurance policy is an agreement between you and the insurance company to pay certain amounts for medical care. Your physician's bill is an agreement between you and your physician. You are responsible for full payment of you account, regardless of the status of your insurance claim.

Acceptance of responsibility

I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by said insurance company. I know that it is my responsibility to notify *Sun City Kidz Clinic, P.A.* of all changes to my account, this includes changes in insurance address, telephone numbers, emergency contacts, etc.

Signature

Date

Patient(s) Name _____ DOB _____

General Office Policies

- We see patients from Birth to 18 years of age.
- **Please arrive 15 minutes before your appointment time** to allow for insurance verification and appropriate paper work.
- If you are more than 15 minutes late for your appointment, you might be asked to reschedule or wait to be seen between other scheduled appointments.
- As a courtesy please provide a 24 hour notice for cancelled appointment. **After failing to appear for three appointments without calling to cancel, we will no longer be able to see your child in this clinic.**
- Please bring your child's insurance card and shot record to every visit. If your insurance requires a co-pay it will be due at the time of service.
- We see patients by appointment only. Please call to make an appointment before bringing your child to the clinic.
- Appointments for additional children should be made by phone prior to coming to the office.
- For prescription refills, call during office hours. Allow at least 72 hours for any prescription refill.
- Please turn off cell phones in exam rooms. No food allowed in exam rooms.
- If you are sending your child with a grandparent or other family member please be sure you have filled out a consent form. If you have signed an advance consent to treat form, we may see your child in the event of an illness or injury when you are unable to accompany them to the office.
- Only a legal guardian may sign for immunizations, unless specific, written authorization is given to another individual to sign these consents.
- **Due to a need to protect our patients and staff, we do not accept ANY patients who choose not to be vaccinated or wish to not follow the American of Pediatrics vaccine schedule. _____ Initial here**

Parent Signature _____

Date _____

Patient(s) Name_____

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Sun City Kidz Clinic, P.A.

Your signature below acknowledges that you have received a copy of the Privacy Policies and Practices Notice from the office of Sun City Kidz Clinic, P.A. This document provides information about how we may use and disclose your protected information. We encourage you to read it in full.

Your signature also acknowledges receipt of our Payment Policy Notice as well as our General Office Policies.

Signature of Patient/Patient Representative

Date

Name of Patient/Patient Representative (Please Print)

Relationship to Patient

OFFICE USE ONLY:	
We attempted to obtain written acknowledgement of patients' receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained for the following reason:	
☐ Patient representative refused to sign	
☐ Emergency Situation Prevented Signature	
☐ Other (Please Specify) _____	
_____ Provider Representative Signature	_____ Date

Sun City Kidz Clinic

Registracion de Paciente

LENGUAJE PREFERIDO _____

QUE DOCTORA VIENE A VER? _____

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE _____

(APELLIDO)

(NOMBRE)

(SEGUNDO NOMBRE)

SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA NACIMIENTO _____

RAZA (CIRCULE UNO): AFRO AMERICANO ASIATICO NATIVO AMERICANO NATIVO DE ALASKA
NATIVO DE HAWAII U OTRA ISLA DEL PACIFICO ANGLO NO QUIERO DECIR

ETNICIDAD (CIRCULE UNO): HISPANO/LATINO NO-HISPANO/NO-LATINO NO QUIERO DECIR

INFORMACION DE PADRE(S) O GUARDIAN

RELACION DE PADRES? ☐ CASADA(O) ☐ SOLTERA(O) ☐ VIUDA(O) ☐ OTRO _____

CON QUIEN VIVE EL PACIENTE? ☐ LOS DOS PADRES ☐ MAMA ☐ PAPA ☐ OTRO _____

PRIMER CONTACTO CON RELACION AL PACIENTE ☐ MAMA ☐ PAPA ☐ ABUELO(A) ☐ OTRO _____

NOMBRE _____ FECHA NACI _____ SS # _____
(APELLIDO) (NOMBRE)

DIRECCION _____
(NUMERO) (CALLE) (APT) (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

TELFONO: (_____) _____ ACEPTA TEXTO? ☐ SI ☐ NO EMAIL: _____

FORMA PREFERIDA PARA RECORDAR CITAS? ☐ TEXT ☐ EMAIL ☐ MENSAJE A TELEFONO ☐ NADA

FORMA PREFERIDA PARA MENSAJES POR PORTAL DE PACIENTE? ☐ TEXT ☐ EMAIL ☐ NADA

SEGUNDO CONTACTO CON RELACION AL PACIENTE ☐ MAMA ☐ PAPA ☐ ABUELO(A) ☐ OTRA _____

NOMBRE _____ FECHA NACI _____ SS # _____
(APELLIDO) (NOMBRE)

DIRECCION _____
(NUMERO) (CALLE) (APT) (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

TELFONO: (_____) _____ ACEPTA TEXTO? ☐ SI ☐ NO EMAIL: _____

FORMA PREFERIDA PARA RECORDAR CITAS? ☐ TEXT ☐ EMAIL ☐ MENSAJE A TELEFONO ☐ NADA

FORMA PREFERIDA PARA MENSAJES POR PORTAL DE PACIENTE? ☐ TEXT ☐ EMAIL ☐ NADA

NOMBRE DE HERMANOS (nadamas si van a hacer pacientes)

NOMBRE _____ FECHA DE NAC _____

NOMBRE _____ FECHA DE NAC _____

NOMBRE _____ FECHA DE NAC _____

NOMBRE _____ FECHA DE NAC _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE #1 _____ RELACION AL PACIENTE _____

DIRECCION _____

NUMERO (_____) _____ CASA/CEL/TRABAJO NUMERO (_____) _____ CASA/CEL/TRABAJO

COMO ESCUCHO DE NUESTRA CLINICA? _____

Nombre de paciente(s) _____ DOB _____

INFORMACION DE FARMACIA (VAMOS A MANDAR RECETAS ELECTRONICAS)

NOMBRE DE FARMACIA _____

CALLE (EJEMPLO: MESA & BALTIMORE) _____

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA TRATAMIENTO

Yo autorizo a Sun City Kidz Clinic y a su personal medico a proporcionar atencion medica y tratamineto a todos los pacientes en esta forma.

Este consentimiento incluye exámenes medicos de rutina, procedimientos de diagnostico y trataminetos que el proveedor de atencion medica considere necesarios.

En acuerdo con la ley de Texas, Sun City Kidz Clinic puede dar tratamiento a un menor de edad unicamente si sus padres le acompañan, si sus padres dan consentimiento por escrito, o hay manera de que la clinica contacte los padres.

Entiendo que las leyes de Texas permiten que los menores den su propio consentimiento para ciertos trataminetos, como cosejeria relacionada con la prevencion del suicidio, abuso de sustancias o abuso fisico/sexual o diagnostico y tratamiento de enfermedades de transmision sexual. Este consentimiento no anula esas disposiciones.

En Texas, un paciente es considerado "menor de edad" si tiene menos de 18 años, nunca a estado casado, o nunca a sido declarado como adulto por la corte.

En caso de quo yo, el firmante, no pueda ser contactato (a) o no pueda venir a la cita:
Yo autorizo a las siguientes personas para que soliciten tratamiento medico para todos mis hijos anombrados en esta forma.

NOMBRE #1 _____ RELACION AL PACIENTE _____

NUMERO DE TELEFONO (____) _____

USTED AUTORIZA QUE ESTA PERSONA DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINSTRACION DE VACUNAS?

(INICE UNO) _____ SI _____ NO

NOMBRE #2 _____ RELACION AL PACIENTE _____

NUMERO DE TELEFONO (____) _____

USTED AUTORIZA QUE ESTA PERSONA DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINSTRACION DE VACUNAS?

(INICE UNO) _____ SI _____ NO

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN

RELACION AL PACIENTE

IMPRIMA NOMBRE

FECHA

Nombre de paciente(s)_____ Fecha de nacimiento_____

Sun City Kidz Clinic, P.A.

Póliza de pago

Honorarios por servicio

Nos gustaría que usted sepa por adelantado acerca de sus cargos. Los honorarios por servicios médicos se basan en el costo de los procedimientos requeridos, la cantidad de habilidad profesional involucrada, y la cantidad de tiempo invertido. Los honorarios por servicios profesionales se determinan esencialmente de la misma manera que los de los médicos practicantes individuales a través de Texas.

El gerente de la oficina estará encantado de hablar con usted acerca de nuestros honorarios. Estaremos encantados de estimar sus cargos, sin embargo, debido a la naturaleza de diagnosticar problemas médicos, será difícil ser preciso respecto al costo total. Si en algún momento usted tiene preguntas acerca de sus cargos, por favor háganoslo saber.

El pago al momento de servicio

El pago se efectúa en el día de su visita. Si usted tiene seguro médico, estimaremos cuál será su saldo personal para el servicio después de aplicar el deducible y el coaseguro, y se le pedirá que pague esa cantidad. Para los pacientes que no tienen seguro de salud, se requiere un pago mínimo del 100 % en el momento del servicio.

Opciones de pago

Aceptamos efectivo, cheques personales, Visa y MasterCard.

Qué pasa si la cuenta no se paga?

Queremos cooperar y entender a todo el mundo en cuanto al pago de su cuenta médica. El personal trabajará con usted para establecer arreglos de pago. Sin embargo, para aquellos pacientes que no cumplan con sus obligaciones después de 90 días, se considerará conveniente para todos que esas cuentas se remitan a una agencia de cobro. Una vez que un saldo impago se coloque con una agencia de cobro, la cuenta debe ser resuelta a través de la agencia de cobro, no con *Sun City Kidz Clinic, P.A.* Además, si los pacientes han sido referidos a una agencia de cobro, todas las futuras visitas serán proporcionadas únicamente en base de efectivo.

Gastos del médico y hospitalarios

Los cargos por el cuidado médico proporcionado por nuestras doctoras, mientras usted está en el hospital, serán cobrados por *Sun City Kidz Clinic, P. A.* Estos cargos no deben confundirse con los cargos cobrados por el hospital.

Una palabra acerca de los seguros

Como un servicio a usted, vamos a presentar las reclamaciones de seguro para cada una de sus pólizas de seguro. Usted tendrá que proveer a la clínica toda la información necesaria. Por favor traiga su tarjeta de seguro a cada visita.

Se debe entender que su póliza de seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguro para pagar ciertas cantidades por la atención médica. La factura de su médico es un acuerdo entre usted y su médico. Usted es responsable por el pago total de su cuenta, sin importar el estado de su reclamación de seguro.

Aceptación de la responsabilidad

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que sean o no pagados por dicha compañía de seguro. Yo sé que es mi responsabilidad notificar a *Sun City Kidz Clinic, P.A.* de todos los cambios en mi cuenta, lo que incluye cambios en la dirección postal de los seguros, números de teléfono, contactos de emergencia, etc.

Firma

Fecha

Nombre de paciente(s) _____ Fecha de nacimiento _____

Polizas Generales de Clinica

- Aceptamos pacientes desde nacimiento hasta los 18 años de edad.
- **Por favor llegue 15 minutos antes de su cita**, para permitir la verificación de su aseguranza y llenar formas de registracion.
- Si llega mas de 15 minutos tarde para su cita, se le podría cancelar o ser visto como sin-cita.
- Por cortesia favor de avisar 24 horas en adelante si va cancelar su cita. **Depues de faltar mas de tres veces sin avisar, las Doctoras ya no podran ver a su hijo(s) en esta clinica.**
- Por favor traiga con usted la tarjeta de aseguranza y vacunacion de su hijo(s) a cada cita. Si su asuguranza requiere un pre-pago tendra que pagar en el momento de servicio.
- Atendemos a los pacientes solo con cita. Por favor, llame para hacer una cita antes de traer a su higo(a) a la clinica.
- Citas para niños adicionales deben hacerse por telefono antes de venir a la clinica.
- Para recargas de receta favor de llamar durante horas de Clinica. Permite al menos 72 horas para cualquier recarga de receta.
- Por favor de apagar celulares en el cuarto de examen. Ningun alimento se permite en los cuartos de examen.
- Si va a mandar a su hijo(s) con un abuelo o otro miembro de la familia, por favor asegurese que ha llenado una forma de consentimiento. Si ya lleno una forma de consentimiento podemos ver a su hijo(s) en caso de una enfermedad o herida cuando usted no pueda venir a la cita.
- Solo el Guardian legal puede firmar para vacunas, a menos de que una autorizacion especifica por escrito se le de a otro individuo para firmar estos consentimientos.
- **Para poder proteger a nuestro personal y pacientes, no aceptaremos NINGUNOS pacientes que eligen no ser vacunados o que eligen no seguir el calendario de vacunacion de la Academia Americana de Pediatria. _____ Inicial**

Firma de padre _____

Fecha _____

Nombre de paciente(s) _____

**AVISO DE PROCEDIMIENTOS
DE PRIVACIDAD**

Sun City Kidz Clinic, P.A.

Al firmar este documento usted reconoce haber recibido una copia de la Notificación de Prácticas Privadas de el consultorio Sun City Kidz Clinic, PA. Este documento proporciona información acerca de la forma en que podemos utilizar y divulgar su información protegida. Le animamos a leerlo en su totalidad.

Su firma también reconoce haber recibido nuestra Notificación de Pago, así como nuestras Políticas Generales de Clínica

Firma del paciente o de la persona legalmente responsable

Fecha

Nombre de paciente o persona responsable (Imprime por favor)

Relación al paciente

OFFICE USE ONLY:

We attempted to obtain written acknowledgement of patients' receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained for the following reason:

- ☐ Patient representative refused to sign
- ☐ Emergency Situation Prevented Signature
- ☐ Other (Please Specify) _____

Provider Representative Signature

Date



Texas Immunization Registry (ImmTrac2) Minor Consent Form



A parent, legal guardian, or managing conservator must sign this form if the client is younger than 18 years of age.

Child's First Name _____ Child's Middle Name _____ Child's Last Name _____
Child's Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____ Child's Gender: ☐ Male ☐ Female Telephone _____ Email address _____

Child's Address _____ Apartment # / Building # _____

City _____ State _____ Zip Code _____ County _____

Mother's First Name _____ Mother's Maiden Name _____

Race (select all that apply)			Ethnicity (select only one)
☐ American Indian or Alaska Native	☐ Asian	☐ Black or African-American	☐ Hispanic or Latino
☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander	☐ White	☐ Other Race	☐ Not Hispanic or Latino
☐ Recipient Refused			☐ Other

The Texas Immunization Registry (ImmTrac2) is a free service of the Texas Department of State Health Services (DSHS). ImmTrac2 is a secure and confidential service that consolidates and stores your child's (younger than 18 years of age) immunization records. With your consent, your child's immunization information will be included in ImmTrac2. Doctors, public health departments, schools, and other authorized professionals can access your child's immunization history to ensure that important vaccines are not missed. For more information, see Texas Health and Safety Code § 161.007 (d). <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.007>.

Consent for Registration of Child and Release of Immunization Records to Authorized Persons/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 ImmTrac2. Once in ImmTrac2, 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; and 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 at any time by submitting a completed Withdrawal of Consent Form in writing to the Texas DSHS, ImmTrac2.

State law permits the inclusion of immunization records for first responders and their immediate family members in ImmTrac2. A "first responder" is defined as a public safety employee or volunteer whose duties include responding rapidly to an emergency. An "immediate family member" is defined as a parent, spouse, child, or sibling who resides in the same household as the first responder. For more information, see Texas Health and Safety Code § 161.00705. <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.00705>.

Please mark the box below to indicate whether your child is an **immediate family member** of a first responder.

☐ I am an **IMMEDIATE FAMILY MEMBER** of a first responder.

By my signature below, I GRANT consent for registration. I wish to INCLUDE my child's information in the Texas Immunization Registry.

Parent, legal guardian, or managing conservator:

Printed Name _____ Signature _____ 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. (Reference: Tex. Gov. Code, § 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. **DO NOT** fax to ImmTrac2. **Retain this form in your client's record.**

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

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



Texas Department of State
Health Services

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)

Consentimiento para menores de edad



Si el cliente es menor de 18 años, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia debe firmar este formulario.

Primer nombre del menor	Segundo nombre del menor	Apellido del menor
_____/_____/_____	Sexo del menor: ☐ Femenino ☐ Masculino	_____-_____-_____
Fecha de nac. del menor (mm/dd/aaaa)	Teléfono	Correo electrónico
_____-_____-_____-_____-_____-_____	_____-_____-_____-_____-_____-_____	_____-_____-_____-_____-_____-_____
Dirección del menor	Núm. de apartamento o edificio	
_____-_____-_____-_____-_____-_____	_____-_____-_____-_____-_____-_____	
Ciudad	Estado	Código postal
_____-_____-_____-_____-_____-_____	_____-_____-_____-_____-_____-_____	_____-_____-_____-_____-_____-_____
Nombre de la madre		Apellido de soltera
_____-_____-_____-_____-_____-_____		_____-_____-_____-_____-_____-_____

Raza (seleccione todos los que correspondan):			Grupo étnico (seleccione solo una):
☐ Indio americano o nativo de Alaska	☐ Asiático	☐ Negro o afroamericano	☐ Hispanico o latino
☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	☐ Blanco	☐ Otro	☐ No hispano o latino
☐ Se negó a contestar			☐ Otro

El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2), es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda los registros de vacunación de su hijo/a (hasta los 18 años de edad). Con su autorización, la información de las vacunas que recibe su hijo/a se incluirá en el ImmTrac2. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso a esta información para verificar que no falten vacunas importantes. Para más información consulte la § 161.007 (d) del Código de Salud y Seguridad de Texas en <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.007>.

Consentimiento para incluir en el registro a un menor y para divulgar sus datos a las entidades autorizadas

Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS, y entiendo además que el DSHS incluirá esta información en ImmTrac2. Una vez que los datos de las vacunas de mi hijo estén en ImmTrac2, las siguientes entidades tendrán, por ley, acceso a ella: un distrito de salud pública o departamento de salud local, por razones de salud pública, dentro de sus zonas de jurisdicción; un médico u otro proveedor de salud legalmente autorizado para aplicar vacunas, como parte del tratamiento al menor como su paciente; una dependencia estatal que tenga la custodia legal del niño; una escuela o guardería en la que el niño esté inscrito; un pagador autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas lo relacionado con la cobertura del menor. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, llenando y enviando el formulario Withdrawal of Consent al ImmTrac2 del Texas DSHS.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos en ImmTrac2. Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario cuyas funciones incluyen el responder rápidamente a una emergencia médica. Se define como "familiar directo" a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el socorrista. Para más información, consulte la § 161.00705 del Código de Salud y Seguridad de Texas. <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.00705>.

Marque la casilla de abajo para indicar si su hijo/a es familiar directo de un socorrista.

☐ Soy FAMILIAR DIRECTO de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR los datos de mi hijo en ImmTrac2.

El padre o madre, tutor legal o titular de la custodia:

Nombre escrito a mano	Firma	Fecha
_____-_____-_____-_____-_____-_____	_____-_____-_____-_____-_____-_____	_____-_____-_____-_____-_____-_____

Aviso de confidencialidad: Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y recibir información sobre los datos que el estado de Texas recabe sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo solicita. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, § 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

PROVIDERS REGISTERED WITH the Texas Immunization Registry: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. **DO NOT** fax to the Texas Immunization Registry. **Retain this form in your client's record.**

Questions? Tel: 800-252-9152 • Fax: 512-776-7790 • <https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/>
Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347