



Brazoria County Health Department Authorization To Release Official Immunization Record

Client's Name: _____
Last First Middle

Date of Birth: ____/____/____
Month Day Year Gender: Male Female Other:

Mothers Maiden Name: _____ Mothers First Name: _____

FOR ADULTS: Would you like to be added to our State Registry (ImmTrac2): Yes No

ImmTrac2, the Texas Immunization Registry, is a free service of the Texas Department of State Health Services (DSHS). The Immunization Registry is a secure and confidential service that consolidates immunization records for public health purposes (e.g. giving all doctors treating a patient a central place to see that patient's immunization records.)

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

Name: _____
Last First

Address: _____
Street City State Zip

Phone Number: (____) _____

Send official immunization record by: Mail to address below Fax: (____) _____

Requestor Information - must complete in entirety

I, _____, authorize the Brazoria County Health Department
Print name of (Client, Parent, Legal Guardian, or Managing Conservator for a child)

to release this client's official immunization record. I further release the aforesaid Brazoria County Health Department from all legal responsibility of liability that may arise from the act that I have authorized above.

Address: _____
Street City State Zip

Phone Number: (____) _____

Signature of Client (or Parent, Legal Guardian, Managing Conservator for a child) _____ Date: ____/____/____
Month Day Year

***Please fax request to Brazoria County Health Dept.
* Allow 24-48 hours from the time fax is received for records to be released****

If you have any questions or concerns please contact your local
Brazoria County Health Department:

	<u>ANGLETON</u>	<u>LAKE JACKSON</u>	<u>ALVIN</u>	<u>PEARLAND</u>
Phone:	(979) 864-1484	(979) 265-4446	(281) 585-3024	(281) 485-5344
Fax to:	(979) 864-3955	(979) 299-0020	(281) 585-8409	(281) 485-4689

For Office Use Only

Date Searched/Released: _____ Record Released Record Not Found

By: _____ Record found but no immunizations reported



Departamento De Salud Del Condado De Brazoria
Autorización Para Divulgar Registro De Inmunización Oficial

Nombre Del Cliente: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha De Nacimiento: ____/____/____ Genero: Masculino Femenina Otro:
Mes Dia Año

Apellido de Soltera de la Madre: _____ Primer Nombre de la Madre: _____

PARA ADULTOS: Le gustaria ser agregado a nuestro Registro Estatal (Immtrac2): Si No

Immtrac2, el Registro de Vacunas de Texas, es un servicio gratuito del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (DSHS). El Registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida los registros de vacunación con fines de salud pública (p.e., brindando a todos los médicos que tratan a un paciente un lugar central para ver los registros de vacunación de ese paciente).

Por favor, indique cómo y dónde enviar el registro de inmunización oficial.

Nombre: _____
Apellido Nombre

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Numero De Telefono: (____) _____

Enviar registro de inmunización oficial: Enviar a la dirección abajo Fax: (____) _____

Información del Solicitante - Debe llenar en su totalidad

Yo, _____, autorizo al Departamento de Salud del Condado de Brazoria
Escriba El Nombre Del (Cliente, Padre, Guardián Legal, o Tutor Principal Para El Niño)

Yo libero al mencionado Departamento de Salud del Condado de Brazoria de toda responsabilidad legal que pueda derivarse de la ley que yo haya autorizado anteriormente.

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono: (____) _____

Firma del Cliente (o Padre, Guardian Legal, o Tutor Principal Para El Niño) _____ Fecha: ____/____/____
Mes Dia Año

**Envíe por fax a petición del Departamento de Salud del Condado de Brazoria
* Permita 24-48 horas desde el momento de la recepción de fax para que los registros sean liberados ***

Si usted tiene alguna preguntas localice su departamento de salud local del condado de Brazoria:

	<u>ANGLETON</u>	<u>LAKE JACKSON</u>	<u>ALVIN</u>	<u>PEARLAND</u>
Telefono:	(979) 864-1484	(979) 265-4446	(281) 585-3024	(281) 485-5344
Por fax al:	(979) 864-3955	(979) 299-0020	(281) 585-8409	(281) 485-4689

Sólo para uso interno

Fecha de la búsqueda / liberado: _____ Regristo Liberado No se encontró registro

Por: _____ Se encontró registro, pero no informe de las vacunas