



Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2)
Consentimiento para la retención de información relacionada con un desastre



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.

Form fields for personal information: Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, Fecha de nacimiento, Sexo, Teléfono, Correo electrónico, Dirección del cliente, Núm. de apartamento o edificio, Ciudad, Estado, Código postal, Condado, Nombre de la madre, Apellido de soltera.

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

El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2) ha sido designado como el sistema de notificación y seguimiento para las vacunas, los antivirales y otros medicamentos administrados a las personas en preparación o en respuesta a una catástrofe o emergencia de salud pública.

Consentimiento para la retención de información relacionada con un desastre y su divulgación a entidades autorizadas. Entiendo que, al otorgar el presente consentimiento, estoy autorizando la retención de mi información (o la de mi hijo) relacionada con un desastre por parte del DSHS más allá del período de retención de cinco años.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos en el Registro de Inmunización de Texas. Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted un socorrista o un familiar directo de un socorrista.

Signature and date fields: Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para que se conserve mi información relacionada con un desastre (o la de mi hijo menor de 18 años) en el Registro de Inmunización de Texas más allá del periodo de cinco años. Cliente (o padre, tutor legal o titular de la custodia del cliente): Nombre escrito a mano, Fecha, Firma.

Aviso de confidencialidad: Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a pedir y a ser informado sobre los datos que el estado de Texas recaba sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo pide.

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