



TEXAS IMMUNIZATION REGISTRY (ImmTrac2) ADULT CONSENT FORM



(Please print clearly)

First Name Middle Name Last Name

Date of Birth (mm/dd/yyyy) Telephone Email address Gender: Female Male

Address Apartment # / Building #

City State Zip Code County

Mother's First Name Mother's Maiden Name

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...

Consent for Registration and Release of Immunization Records to Authorized Persons / Entities

I understand that, by granting the consent below, I am authorizing release of my immunization information to DSHS and I further understand that DSHS will include this information in the Texas Immunization Registry. Once in ImmTrac2, my immunization information may by law be accessed by: a Texas physician, or other health care provider legally authorized to administer vaccines...

State law permits the inclusion of immunization records for First Responders and their immediate family members (older than 18 years of age) in the Registry. 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.

Please mark the appropriate box to indicate whether you are a First Responder or an Immediate Family Member.

I am a FIRST RESPONDER. I am an IMMEDIATE FAMILY MEMBER (older than 18 years of age) of a First Responder.

By my signature below, I GRANT consent for registration. I wish to INCLUDE my information in the Texas immunization registry.

Individual (or individual's legally authorized representative): Printed Name

Date 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.

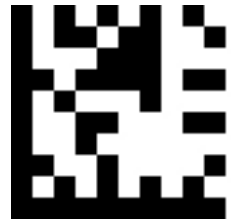
Questions? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group - MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

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



Texas Department of State Health Services

REGISTRO DE VACUNAS (ImmTrac2)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
PARA ADULTOS



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Grid for last name

Apellido

Grid for first name

Primer Nombre

Grid for birth date

Fecha de Nacimiento

Grid for address

Dirección

Grid for city

Ciudad

Grid for mother's name

Nombre de la Madre

Grid for second name

Segundo Nombre

Gender: Male/Female

Grid for apartment #

Apartamento #

Grid for phone number

Teléfono

Grid for state

Estado

Grid for zip code

Código Postal

Grid for county

Condado

Grid for mother's maiden name

Apellido de Soltera de la Madre

ImmTrac2, el registro de vacunas de Texas, es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de vacunas es un servicio seguro y confidencial que consolida el récord de las vacunas para propósitos de salud pública...

El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas le invita a participar voluntariamente en el registro de vacunas de Texas.

Consentimiento para registrar y dar a conocer el récord de las vacunas a las personas / entidades autorizadas

Entiendo que, al dar mi consentimiento a continuación, autorizo dar a conocer la información de mis vacunas al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de las vacunas del estado, ImmTrac2.

- el médico u otro proveedor de salud de Texas legalmente autorizado para administrar vacunas para el tratamiento del individuo como paciente;
la escuela de Texas en la que el individuo está inscrito;
el distrito de salud pública o el departamento de salud local de Texas, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
la agencia estatal que tenga la custodia legal del individuo;
el pagador actualmente autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas, con respecto al récord de las vacunas relacionadas con el individuo cubierto según la póliza del pagador.

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR mi información de las vacunas en el registro de vacunas de Texas, ImmTrac2.

Individuo (o el representante legalmente autorizado del individuo):

Nombre en letra de molde

Fecha

Firma

Notificación de privacidad: 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.

Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito.

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

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