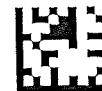




REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)

Consentimiento para Adultos 18 años y más



Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____
 _____ / _____ / _____ Sexo: Masculino _____
 _____ / _____ / _____ Femenino _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____
 Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Dirección _____ 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
 Se negó a contestar

Grupo étnico (seleccione solo una):

- Hispanic o latino
 No hispano o latino
 Otro

El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2) es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida los registros de vacunación. Al darnos su consentimiento, los datos sobre sus vacunas se incluirán en el Registro de Inmunización de Texas. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de vacunación de su hijo para verificar que no falten vacunas importantes. Para más información, consulte la sección 161.007 (d) del Código de Salud y Seguridad de Texas en <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/btm/HS.161.htm#161.007>.

Consentimiento para el registro y para divulgar los registros de inmunización a las personas o entidades autorizadas
 Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DHS, y entiendo además que el DHS incluirá esta información en el Registro de Inmunización de Texas. Una vez que la información sobre mis vacunas esté en el Registro de Inmunización de Texas, las siguientes entidades tendrán, por ley, acceso a ella: un médico u otro proveedor de salud de Texas legalmente autorizado para administrar vacunas, como parte del tratamiento que yo reciba como paciente; cualquier escuela de Texas en la que yo esté inscrito; un distrito de salud pública o departamento de salud local de Texas, por razones de salud pública, dentro de sus zonas de jurisdicción; cualquier entidad estatal que tenga custodia sobre mí; cualquier pagador autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas lo relacionado con mi cobertura con una póliza de dicho pagador. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, llenando y enviando el formulario Withdrawal of Consent al Texas Immunization Registry, Texas Department of State Health Services.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos. Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario entre cuyas funciones está responder rápidamente a una emergencia. 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 sección 161.00705 del Código de Salud y Seguridad de Texas en <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/btm/HS.161.htm#161.00705>.

Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted es un socorrista o un familiar directo de un socorrista.

Soy un SOCORRISTA. Soy un FAMILIAR DIRECTO (mayor de 18 años) de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR mis datos en el Registro de Inmunización de Texas.
 La persona (o su representante legalmente autorizado): _____

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. 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, secciones 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