DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEXAS
REGISTRO DE VACUNAS (ImmTrac)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ADULTOS

ImmTrac
Texas Immunization Registry

(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Sólo para uso de la clínica/oficina

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento

Género: ☐ **Hombre** ☐ **Mujer**

Correo Electrónico

Dirección

Apartamento #

Teléfono

Ciudad

Estado

Código Postal

Condado

ImmTrac, 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 (ej. darles a todos los médicos que tratan a un paciente un lugar central para ver el récord de las vacunas de dicho paciente). Con su consentimiento, su información de las vacunas se incluirá en ImmTrac. *Para un familiar menor de 18 años de edad, uno de los padres, el tutor legal o el custodio administrador puede dar el consentimiento de participación con llenar el Formulario de Consentimiento de ImmTrac para menores de edad (# C-7). El Formulario de Consentimiento de Immtrac se puede bajar del sito www.ImmTrac.com.*

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 recórd 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 a el DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de las vacunas del estado ("ImmTrac"). Una vez que mi información de las vacunas esté en ImmTrac, pueden por ley accederla:

- 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 a el 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, ImmTrac.

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. También tiene derecho a pedir a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine es incorrecta. Consulte http://www.dshs.state.tx.us para obtener más información sobre la notificación de privacidad. (Referencia: Código gubernamental, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

¿Tiene alguna pregunta?

(800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946
P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

Stock No. F11-13366
Modificado el 25 de marzo, 2011

TEXAS Department of State Health Services

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