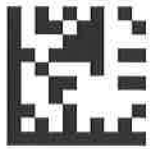




Texas Department of State Health Services

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 Signature Date

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 • ImmTrac 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 INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ADULTOS



(Escriba claramente en letra de molde)

Form fields for personal information: Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Fecha de Nacimiento, Teléfono, Correo electrónico, Género (Femenino/Masculino), Dirección, Apartamento # / Edificio #, Ciudad, Estado, Código Postal, Condado, Nombre de la Madre, Apellido de soltera de la madre

El Registro de Inmunización de Texas es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida los registros de vacunación con fines de salud pública...

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 DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el Registro de Inmunización de Texas. Una vez que la información sobre mis vacunas esté en el ImmTrac2, las siguientes entidades tendrán por ley acceso a ella...

La ley estatal permite la inclusión en el ImmTrac2 de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos (mayores de 18 años). Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario entre cuyas funciones está responder rápidamente a una emergencia médica...

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

Form fields for emergency responder or family member: [ ] Soy un SOCORRISTA, [ ] Soy FAMILIAR DIRECTO (mayor de 18 años) de un socorrista.

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

La persona (o el representante legalmente autorizado de la persona): Nombre en letra de molde

Form fields for signature: 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.

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services • ImmTrac 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.