



Texas Department of State
Health Services

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2) CONSENTIMIENTO PARA ADULTOS



(Llene a mano claramente)

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

Dirección _____ Núm. de apartamento o edificio _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Nombre de la madre _____ Apellido de soltera _____

Raza (seleccione todos los que correspondan):			Grupo étnico (seleccione solo una):
☐ Indio americano o nativo de Alaska	☐ Asiático	☐ Negro o afroamericano	☐ Hispanico o latino
☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	☐ Blanco	☐ Otro	☐ No hispanico o latino
☐ Se negó a contestar			☐ Se negó a contestar

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 (por ej., para darle a cada médico que atienda a un paciente un lugar centralizado donde pueda ver los registros de vacunación de sus pacientes). Al darnos usted su consentimiento, los datos sobre sus vacunas se incluirán en el ImmTrac2. *En el caso de un menor de 18 años de edad, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia puede dar el consentimiento para que ese menor participe, llenando el consentimiento del ImmTrac2 para menores de edad (# C-7), que puede descargar en: www.ImmTrac.com.*

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 entiendo además 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: 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 mi consentimiento en cualquier momento.**

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. Se define como “familiar directo” a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el del socorrista. En el caso de un familiar menor de 18 años, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia puede dar el consentimiento para que el menor participe en calidad de “menor en el ImmTrac2”, llenando el formulario de consentimiento (# C-7) del Registro de Inmunización (ImmTrac2).

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

 Firma

 Fecha

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)

¿Tiene alguna pregunta? (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.**