

Sólo para uso de la clínica/oficina

\_\_\_\_\_  
Apellido

\_\_\_\_\_  
Primer Nombre

\_\_\_\_\_  
Segundo Nombre

Género:  Hombre  Mujer

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Apartamento #

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

\_\_\_\_\_  
Condado

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 (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 ImmTrac2. *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 (# C-7) se puede bajar del sitio [www.ImmTrac.com](http://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 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. Una vez que mi información de las vacunas esté en ImmTrac2, 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 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. 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)

**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](http://www.ImmTrac.com)

Stock No. EF11-13366

**Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347**

Revised 05/18/12



***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.***