

Please type or print clearly.

Last Name _____ First Name

Middle Name _____ Date of Birth

Gender: Male Female _____ Requestor's Daytime Telephone

Address _____ Apartment #

City _____ State _____ Zip Code _____ County

Optional information regarding the individual: This information is used for ImmTrac record search purposes only and will not be retained.

Birth City _____ Birth State _____ Previous Address

Nickname (Aliases and/or Other Last Name(s) used)

Mother's First Name _____ Mother's Maiden Name

Please mark the box to indicate your intent:

I withdraw consent for participation and inclusion in ImmTrac for the individual named above. Please delete all information for this individual from ImmTrac and any related files.

Individual or Individual's Legally Authorized Representative: _____
Printed Name

Date _____ Signature

Send this completed form to:
Mail: Texas Department of State Health Services · ImmTrac Group, MC1946 · PO Box 149347 · Austin, TX 78714-9347
Fax: (512) 776-7790

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. See <http://www.dshs.state.tx.us> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 and 559.004)

Questions? (800) 252-9152 · (800) 348-9158 · www.ImmunizeTexas.com

Information Below for ImmTrac Staff Use Only

Confirmation of Delete: Upon processing of your Request for Withdrawal from ImmTrac, registry staff will mark the appropriate box below and return this form to you.

NO RECORD Found: No matching records were found in ImmTrac for the individual named above.

Record DELETED: All information for the individual named above has been deleted from ImmTrac and any related files.

ImmTrac, the Texas immunization registry, has been designated as the disaster-related reporting and tracking system for immunizations, antivirals, and other medications administered to individuals in preparation for, or in response to, a disaster or public health emergency. From the time the event is declared over, ImmTrac will retain disaster-related information received from health care providers for a period of 5 years. At the end of the 5 year retention period, disaster-related information will be removed from the registry unless consent is granted to retain the information in ImmTrac beyond the 5 year retention period.

ImmTrac will not retain documentation of your request for withdrawal of consent.

Date request processed: _____ Staff Initials: _____

Escriba claramente a maquina o con letra de molde.

_____		_____	
Apellido		Nombre	
_____		_____	
Segundo nombre		Fecha de nacimiento	
_____		_____	
Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Teléfono durante el día	
_____		_____	
Dirección		Apartamento #	
_____		_____	
Ciudad	Estado	Código postal	Condado

Información opcional: Esta información sólo sera usada con el propósito de buscar en el registro de vacunas ImmTrac y no se conservará.

_____		_____		_____	
Ciudad de nacimiento		Estado de nacimiento		Dirección anterior	

Apodo (Alias u otros apellidos que ha usado)					

Nombre de la madre			Apellido de soltera de la madre		

Favor de marcar el cuadro para indicar sus intenciones

Retiro mi consentimiento para que el individuo antes nombrado participe y esté incluido en ImmTrac. Favor de borrar de ImmTrac y de cualquier archivo relacionado toda información sobre este individuo.

Individuo o representante legalmente autorizado: _____
Escriba su nombre con letra de molde

Fecha _____ Firma _____

Complete y envíe esta forma a:
Correo: Texas Department of State Health Services · ImmTrac Group, MC1946 · PO Box 149347 · Austin, TX 78714-9347
Fax: (512) 776-7790

NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 · (800) 348-9158 · www.ImmunizeTexas.com

Sólo para uso del personal del ImmTrac

Confirmación de que se borró la información: Al tramitar su Solicitud de Retiro de ImmTrac, el personal del ImmTrac marcará el cuadro adecuado a continuación y le devolverá esta forma.

No se localizó el record de vacunas: No se encontró el record de vacunas en ImmTrac del individuo antes nombrado.

El record de vacunas de ImmTrac se BORRÓ: Toda la información sobre el individuo antes nombrado ha sido borrada de ImmTrac y de cualquier archivo relacionado.

* ImmTrac, el registro de vacunas de Texas, ha sido designado como el sistema de informes y seguimiento relacionados con desastres para vacunas, antivirales y otros medicamentos administrados a individuos en preparación para, o en respuesta a, un desastre o una emergencia de salud pública. A partir del momento en que se declare finalizado el evento, ImmTrac conservará la información relacionada con el desastre recibida de profesionales de salud por un periodo de 5 años. Al final del periodo de retención de 5 años, la información específica del cliente relacionada con el desastre se removerá del registro a menos que se dé el consentimiento para conservar la información en ImmTrac después del periodo de conservación de retención 5 años.

ImmTrac no conservará esta forma solicitud de retiro del consentimiento.

Fecha de tramitación de la solicitud: _____ Iniciales del personal: _____