



Texas Immunization Registry (ImmTrac2) Withdrawal of Consent and Confirmation Form

First Name Middle Name Last Name

_____/_____/_____
Date of Birth (mm/dd/yyyy)

Gender: ☐ Male ☐ Female

_____-_____-_____
Requestor's Daytime Telephone

Address Apartment #/Building #

City State Zip Code County

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

Birth City Birth State Previous Address

Mother's First Name Mother's Maiden Name

1) I withdraw consent for participation and inclusion in the Texas Immunization Registry for the individual named above. Please remove information for this individual from the ImmTrac2 system.

Individual or Individual's Legally Authorized Representative:

Printed Name Signature Date

2) The Texas Immunization Registry (ImmTrac2) 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, the Texas Immunization Registry will retain disaster related information received from health care providers for a period of five (5) years.** At the end of the five (5) year retention period, disaster-related information will be removed from the Texas Immunization Registry unless consent is granted to retain the information in the Texas Immunization Registry beyond the five (5) year retention period. For more information, see Texas Health and Safety Code Sec. 161.00705. <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/btm/HS.161.btm#161.00705>.

3) **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.texas.gov> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

Questions? Tel: (800) 252-9152 • Fax: (512) 776-7790 • <https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/>

Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry • MC-1946 •
P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

For Office Use Only

- ☐ **No Record Found:** No matching records were found in the Texas Immunization Registry for the individual named above.
- ☐ **Record Removed:** All information, excluding disaster immunizations, antivirals, and other medications administered to individuals (Ref. section 2 above), has been removed for the individual named above from the Texas Immunization Registry.

Date request processed: _____ Staff Initials: _____

Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2)

Formulario de retirada de consentimiento y confirmación

Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____
 Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino _____
 Teléfono de día del solicitante _____

Dirección _____ Núm. de apartamento/de edificio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Información opcional sobre la persona: esta información se utiliza únicamente para la búsqueda de expedientes del Registro de Inmunización de Texas y no será almacenada.

Ciudad de nacimiento _____ Estado donde nació _____ Dirección anterior _____

Primer nombre de la madre _____ Apellido de soltera de la madre _____

1) Retiro mi consentimiento a que la persona arriba mencionada participe o sea incluida en el Registro de Inmunización de Texas. Solicito que la información sobre esta persona se elimine del sistema ImmTrac2.

La persona o el representante legalmente autorizado de la persona:

Nombre en letra de molde _____ Firma _____ Fecha _____

2) El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2) ha sido designado como el sistema de notificación y seguimiento para las vacunas, los antivirales y otros medicamentos administrados a las personas, en preparación o en respuesta a un desastre o emergencia de salud pública. **A partir del momento en que se declare el final del evento, el Registro de Inmunización de Texas conservará durante un periodo de cinco (5) años la información relacionada con el desastre recibida de los proveedores de atención médica.** Al final del periodo de retención de cinco (5) años, la información relacionada con el desastre se eliminará del Registro de Inmunización de Texas, a menos que se otorgue el consentimiento para retenerla en el Registro de Inmunización de Texas más allá del periodo de retención de cinco (5) años. Para más información, consulte la sección 161.00705 del Código de Salud y Seguridad de Texas. <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.00705>.

3) NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD: Con algunas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y ser informado sobre los datos que el Estado de Texas recopila sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar los datos si lo solicita. También tiene derecho a pedir que una dependencia estatal corrija cualquier información que usted considere incorrecta. Consulte <http://www.dshs.texas.gov> para obtener más información sobre la Notificación de privacidad. (Referencia: Código gubernamental, secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

¿Tiene preguntas? Tel: (800) 252-9152 • Fax: (512) 776-7790 • <https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/>

Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry • MC 1946
 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

For Office Use Only (Solo para uso de la agencia)

- ☐ **No Record Found:** No matching records were found in the Texas Immunization Registry for the individual named above.
- ☐ **Record Removed:** All information, excluding disaster immunizations, antivirals, and other medications administered to individuals (Ref. section 2 above), has been removed for the individual named above from the Texas Immunization Registry.

Date request processed: _____ Staff Initials: _____