



Texas Immunization Registry (ImmTrac2) Disaster Information Retention Consent Form



A parent, legal guardian or managing conservator must sign this form if the client is younger than 18 years of age.

Form fields for personal information: First Name, Middle Name, Last Name, Date of Birth, Gender, Telephone, Email address, Address, Apartment #/Building #, City, State, Zip Code, County, Mother's First Name, Mother's Maiden Name.

Race (select all that apply) and Ethnicity (select only one) checkboxes including American Indian or Alaska Native, Asian, Black or African-American, Hispanic or Latino, etc.

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.

Consent for Retention of Disaster-Related Information and Release of Information to Authorized Entities. I understand that, by granting the consent below, I am authorizing retention of my (or my child's) disaster-related information by DSHS beyond the five year retention period.

State law permits the inclusion of immunization records for First Responders and their immediate family members in the Texas Immunization Registry. A "First Responder" is defined as a public safety employee or volunteer whose duties include responding rapidly to an emergency.

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 of a First Responder.

By my signature below, I GRANT consent to retain my disaster-related information (or my child's information, if younger than age 18) in the Texas Immunization Registry beyond the five year retention period.

Client (or parent, legal guardian, or managing conservator): 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.

PROVIDERS REGISTERED WITH the Texas Immunization Registry: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to the Texas Immunization Registry. Retain this form in your client's record.

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



Texas Department of State Health Services

## Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2) Consentimiento para la retención de información relacionada con un desastre



Si el cliente es menor de 18 años, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia debe firmar este formulario.

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

Dirección del cliente \_\_\_\_\_ 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):	
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispánico o latino	
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No hispano o latino	
<input type="checkbox"/> Se negó a contestar			<input type="checkbox"/> Otro	

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 una catástrofe o emergencia de salud pública. Desde el momento en que se declara el fin del evento, el Registro de Inmunización de Texas conservará la información relacionada con un desastre enviada por proveedores de atención médica por un periodo de cinco años. Al final del periodo de retención de cinco años, la información del cliente relacionada específicamente con el desastre se eliminará del Registro de Inmunización de Texas, a menos que se conceda el consentimiento para conservar la información del cliente en el Registro de Inmunización de Texas más allá del periodo de retención de cinco años. Para más información consulte la sección 161.00705 del Código de Salud y Seguridad de Texas en <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.00705>.

**Consentimiento para la retención de información relacionada con un desastre y su divulgación a entidades autorizadas**

Entiendo que, al otorgar el presente consentimiento, estoy autorizando la retención de mi información (o la de mi hijo) relacionada con un desastre por parte del DSHS más allá del periodo de retención de cinco años. También entiendo que el DSHS incluirá la información en el Registro de Inmunización de Texas. Una vez que esté en el Registro de Inmunización de Texas, y de acuerdo a la ley, mi información (o la de mi hijo) relacionada con un desastre podrá ser vista por una dependencia estatal, con el fin de ayudar y coordinar los trabajos de prevención y control de enfermedades contagiosas, o un médico u otro proveedor de atención médica legalmente autorizado para administrar vacunas, antivirales y otros medicamentos a un paciente. Entiendo que puedo retirar en cualquier momento mi consentimiento para que se conserve mi información en el Registro de Inmunización de Texas más allá del periodo de retención de cinco años y para su divulgación escribiendo al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos en el Registro de Inmunización de Texas. Se define como “socorrista” al empleado de la seguridad pública o voluntario cuyas funciones incluyen el responder rápidamente a una emergencia. Se define como “familiar directo” a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el socorrista.

**Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted un socorrista o un familiar directo de un socorrista.**  
 Soy un **SOCORRISTA**.  Soy un **FAMILIAR DIRECTO** de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para que se conserve mi información relacionada con un desastre (o la de mi hijo menor de 18 años) en el Registro de Inmunización de Texas más allá del periodo de cinco años.

**Cliente (o padre, tutor legal o titular de la custodia del cliente):** \_\_\_\_\_  
 Nombre escrito a mano \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**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)

**PROVIDERS REGISTERED WITH the Texas Immunization Registry:** Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. **DO NOT** fax to the Texas Immunization Registry. **Retain this form in your client’s record.**

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