

(Favor de escribir claramente con letra de molde)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apellido del Cliente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

For Clinic/Office Use

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del Cliente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Segundo Nombre del Cliente

			/			/					
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--

Fecha de Nacimiento del Cliente

Género: Masculino Femenino

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección del Cliente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apartamento #

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Teléfono

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ciudad

--	--	--	--	--	--

Estado

--	--	--	--	--	--

Código Postal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Municipio

ImmTrac, el registro de inmunización de Texas, es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas. El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y almacena su expediente de inmunización. La ley estatal permite la inclusión de los expedientes de inmunización del personal de primera respuesta y sus familiares inmediatos (mayores de 18 años de edad) en el registro. Con su consentimiento, su información de inmunización se incluirá en ImmTrac y los profesionales de la salud pueden acceder a su historial de vacunas. Al "personal de primera respuesta" se le define como empleados o voluntarios de seguridad pública entre cuyos deberes está responder rápidamente a una emergencia. Un "familiar inmediato" se define como uno de los padres, el cónyuge, el hijo o hija o hermano(a) que vive en la misma casa que el personal de primera respuesta. 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 como "ImmTrac child," llenando el Registro de Inmunización (ImmTrac) Formulario de Consentimiento (#C-7).

El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) le anima a que participe voluntariamente en el registro de inmunización de Texas.

Solicitud de inclusión de información de inmunización sobre personal de primera respuesta o un familiar del personal de primera respuesta y consentimiento para dar a conocer el expediente de inmunización a las entidades autorizadas

Entiendo que, con mi solicitud a continuación, autorizo que se de a conocer mi información de inmunización al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac"). Una vez que mi información de inmunización esté en ImmTrac, puede ésta por ley ser accedida por médicos o otros profesionales de la salud legalmente autorizados para administrar vacunas, para tratarme como paciente.

Entiendo que puedo retirar esta solicitud para incluir mi información de inmunización en el registro de ImmTrac y mi consentimiento para dar a conocer mi información del registro, en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted personal de primera respuesta o un familiar inmediato.

- Soy **PERSONAL DE PRIMERA RESPUESTA**
- Soy **FAMILIAR INMEDIATO** (mayor de 18 años de edad) de un empleado de primera respuesta

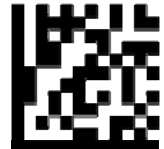
Con mi firma a continuación, SOLICITO la inclusión de mi información de inmunización en el registro de inmunización de Texas.

Cliente: _____
Nombre en letra de molde

Fecha _____ Firma _____

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)

Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac del DSHS o a un proveedor de salud inscrito.
¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com ImmTrac FR/FM Stock No. EF11-12955
Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 Revised 05/18/2012



PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac – Please enter client information in ImmTrac and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac. Retain this form in your client's record.