



REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)
Consentimiento para Adultos



Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) Sexo: Masculino Femenino Teléfono Correo electrónico

Dirección Núm. de apartamento o edificio

Ciudad Estado Código postal Condado

Nombre de la madre Apellido de soltera

Raza (seleccione todos los que correspondan): Indio americano o nativo de Alaska, Asiático, Negro o afroamericano, Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico, Blanco, Otro, Se negó a contestar. Grupo étnico (seleccione solo una): Hispanic o latino, No hispano o latino, Otro.

El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2) es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida los registros de vacunación. Al darnos usted su consentimiento, los datos sobre sus vacunas se incluirán en el Registro de Inmunización de Texas.

Consentimiento para el registro y para divulgar los registros de inmunización a las personas o entidades autorizadas. Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS, y entiendo además que el DSHS incluirá esta información en el Registro de Inmunización de Texas.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos. Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario entre cuyas funciones está responder rápidamente a una emergencia.

Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted es un socorrista o un familiar directo de un socorrista. Soy un SOCORRISTA. Soy un FAMILIAR DIRECTO (mayor de 18 años) de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR mis datos en el Registro de Inmunización de Texas. La persona (o su representante legalmente autorizado): 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.

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