DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEXAS REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac) FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO



| (Fa | vor | de e | scri | ibir d | lar | ame | nte (| con | letr | a de | mold | le) | | | | | | | | | | | | Γ | | | | | | _ | | _ | | _ | _ | | | | |
|--|-----|-------|------|----------|------|-------|-------|-----|------|------|------|-----|-------|----------------------------|---|---------------|---|---|--|------|-----|------|------------------------|-----------|-----------|----------|--------------|---|-----|---------|-------|--------|--------|-----|---|---|---|---|---|
| | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | L | | | | | For | r (| linia | /Of | fice I | Tea | | — | | | |
| Apellido del Niño(a) For Clinic/Office Use | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Т | Т | | | | | | | | Τ | | | | | Т | \top | Τ | Т | | | | | Τ | | | | Τ | Τ | Т | Т | | | | | П | Т | | Τ | |
| Nomb | re | del N | Jiña |) (a) | | | | | | | | Ш | | | | | | | | Seg | und | 0 Na | om | bre d | el N | iño | (a) | | | | | | | | | | | | |
| | | . [| |)(u) | . | | | 1 | Г | ٦ | | | | | | | | | | beg | uma | 0111 | 011 | 10100 | | | (a) | | | | | | | | | | | | |
| * Solamente niños menores de 18 años. | | | | | | | | | | | | | | Género: Masculino Femenino | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha | de | Nac | imi | ento | del | l Niî | ĭo(a | 1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | _ | _ | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Direc | iói | ı del | Nii | ño(a |), C | alle | | | | | | | _ | | | | | | | | 1 | Ap | ar | tame | nto # | ŧ | | _ | | Гel | éfon | 0 | | | | _ | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | \top | Τ | | | | | | Γ | | | | | | | Т | | | | | Π | Π | | | |
| Ciuda | d | | | | | | | | | | | Ш | _ | | | | | | | Esta | ado | | $\frac{L}{\mathbf{C}}$ | ódigo | Pos | L tal | | | | Mt | nicij | oio | | _ | | | | | |
| | Т | | П | | | | | Т | | Т | Π | | | | Т | $\overline{}$ | Т | Т | | | | | Τ | T | T | Π | 1 | Т | Т | \neg | | \neg | | | Т | Т | Т | Т | |
| | | | 7.5 | | | | | | | | | Ш | | | | 丄 | | | | | | Ļ | Ĺ | | <u> </u> | Ļ | | | | \perp | | | | | | | | | |
| Nombre de la Madre Nombre de Soltera de la Madre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| El registro de inmunización (ImmTrac) de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño(a) (menor de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño(a) será incluida en ImmTrac. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de inmunización de su niño(a) para asegurar que las vacunas importantes no le falten. **El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas. **Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Immunización a las Entidades Autorizadas** Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizó que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac, por ley la puede acceder: • el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción; • el médico, o algún otro médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente; • la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; • la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito; • el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor. Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Al firmar abajo, YO <u>AUTORIZO</u> el consentimiento para registrarlo. Deseo <u>INCLUIR</u> la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas. | | | | | | | | | | | | | en el | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecl | ıa | | | | | | | | | - | Firr | na | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | - |

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 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

Stock No. C-7 Revised 07/22/08





<u>PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac</u> – 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.**