TEXAS DEPARTMENT OF STATE HEALTH SERVICES
IMMUNIZATION REGISTRY (ImmTrac)
DISASTER INFORMATION RETENTION CONSENT FORM

ImmTrac
Texas Immunization Registry

(Please print clearly)

For Clinic/Office Use

Client's Last Name

Client's First Name

Client's Middle Name

Client's Date of Birth / /

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

Client's Gender: ☐ **Male** ☐ **Female**

Client's Address

Apartment #

Telephone

City

State

Zip Code

County

Mother's First Name (if client is less than 18 years of age)

Mother's Maiden Name (if client is less than 18 years of age)

ImmTrac, the Texas immunization registry, 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, ImmTrac will retain disaster-related information received from health-care providers for a period of 5 years. At the end of the 5 year retention period, client-specific disaster-related information will be removed from the Registry unless consent is granted to retain the client information in ImmTrac beyond the 5 year retention period.

The Texas Department of State Health Services (DSHS) encourages your voluntary participation in the Texas immunization registry.

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 5 year retention period. I further understand that DSHS will include this information in the state's central immunization registry ("ImmTrac"). Once in ImmTrac, my (or my child's) disaster-related information may by law be accessed by:

- a state agency, for the purpose of aiding and coordinating communicable disease prevention and control efforts, and/or
- a physician or other health-care provider legally authorized to administer immunizations, antivirals, and other medications, for treating the client as a patient;

I understand that I may withdraw this consent to retain information in the ImmTrac Registry beyond the 5 year retention period and my consent to release information from the Registry, at any time by written communication to the Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

By my signature below, I GRANT consent to retain my disaster-related information (or my child's information if under age 18) in the Texas immunization registry beyond the 5 year retention period.

Client (or parent, legal guardian, or managing conservator:) _____
Printed Name

_____ _____
Date **Signature**

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.state.tx.us for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 and 559.004)

Upon completion, please fax or mail form to the DSHS ImmTrac Group or a registered Health-care provider.

Questions? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

ImmTrac DC Stock No. EF11-12956
Revised 05/18/2012

TEXAS Department of State Health Services

***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.

DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEXAS
REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (IMMTRAC)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE RETENCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL DESASTRE

ImmTrac
Texas Immunization Registry

For Clinic/Office Use

(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Apellido del Cliente

Nombre del Cliente

Segundo Nombre del Cliente

Fecha de Nacimiento del Cliente / /

***Uno de los padres, el tutor legal o el custodio administrador debe firmar este formulario si el cliente es menor de 18 años de edad.**

Género: ☐ **Masculino** ☐ **Femenino**

Dirección del Cliente

Apartamento #

Teléfono

Ciudad

Estado

Código Postal

Municipio

Nombre de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad)

Apellido de Soltera de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad)

ImmTrac, el registro de inmunización de Texas, ha sido designado como el sistema de información y seguimiento para inmunizaciones, antivirales y otros medicamentos administrados a individuos durante la preparación o respuesta a un desastre o emergencia de salud pública. A partir del momento en que se declare finalizado el evento, ImmTrac retendrá la información relacionada con el desastre recibida por profesionales de la salud durante un periodo de 5 años. Al final del periodo de retención de 5 años, la información del cliente relacionada con el desastre se removerá del registro a menos que se dé el consentimiento para retener la información en ImmTrac más allá del periodo de retención de 5 años.

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

Consentimiento de retención de información relacionada con el desastre y dar a conocer la información a entidades autorizadas

Entiendo que, al dar mi consentimiento a continuación, autorizo al DSHS a que retenga mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo[a]) más allá del periodo de retención de 5 años. Además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac"). Una vez que mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo[a]) esté en ImmTrac, puede ésta por ley ser accedida por:

- las agencias estatales, con el propósito de ayudar con los esfuerzos de prevención y control de enfermedades transmisibles y su coordinación y
- los médicos o demás profesionales de la salud legalmente autorizados para administrar vacunas, antivirales y otros medicamentos, para el tratamiento del cliente como paciente.

Entiendo que puedo retirar el consentimiento para retener información en el registro ImmTrac más allá del periodo de retención de 5 años y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro, en cualquier momento mediante comunicación escrita dirigida a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para que se retenga mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo[a] si es menor de 18 años de edad) en el registro de inmunizaciones de Texas más allá del periodo de retención de 5 años.

Cliente (o padre/madre, tutor legal o custodio administrador): _____

Escriba con 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: Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com

Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

ImmTrac DC Stock No. EF11-12956
Revised 05/18/2012

TEXAS Department of State Health Services

***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.