



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, Sex, 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) selection boxes.

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 • dshs.texas.gov/immunizations Texas Department of State Health Services • Immunization Section • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347



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.

Form fields for personal information: Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, Fecha de nacimiento, Sexo, 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): 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): Hispanico o latino, No hispano o latino, 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.

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 período de retención de cinco años.

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. Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted un socorrista o un familiar directo de un socorrista.

Form fields for signature and date: 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.

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 • dshs.texas.gov/immunizations
Texas Department of State Health Services • Immunization Section • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347