



ImmTrac2 Immunization Registry
DISASTER INFORMATION
RETENTION CONSENT FORM



(Please print clearly)

Client's Last Name

Client's Last Name

Client's First Name

Client's First Name

Client's Middle Name

Client's Middle Name

Client's Date of Birth

Client's Date of Birth

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

Client's Gender: Male Female

Client's Address

Client's Address

Apartment #

Apartment #

Client's Telephone

Client's Telephone

City

City

State

State

Zip Code

Zip Code

County

County

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

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

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

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

ImmTrac2, 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, ImmTrac2 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 ImmTrac2 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 ("ImmTrac2"). Once in ImmTrac2, 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 ImmTrac2 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, ImmTrac2 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 younger than 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.texas.gov 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 ImmTrac2 Group or a registered Health-care provider.

Questions? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com • ImmTrac2 DC Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group - MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2

Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted.

DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.



ImmTrac2 Immunization Registry
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
DE RETENCIÓN DE INFORMACIÓN
SOBRE EL DESASTRE



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Grid for name entry

Apellido del Cliente

Grid for name entry

Nombre del Cliente

Grid for name entry

Fecha de Nacimiento del Cliente

Grid for date entry

Dirección del Cliente

Grid for address entry

Ciudad

Grid for city entry

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

Grid for name entry

Grid for name entry

Segundo Nombre 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

Grid for apartment entry

Apartamento #

Grid for phone entry

Teléfono del cliente

Grid for state entry

Estado

Grid for postal code entry

Código Postal

Grid for county entry

Condado

Grid for name entry

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

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) ImmTrac2, 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, ImmTrac2 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 ImmTrac2 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 ("ImmTrac2"). Una vez que mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo[a]) esté en ImmTrac2, 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 ImmTrac2 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, ImmTrac2 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): 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.texas.gov 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 ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito. ¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com • ImmTrac2 DC Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2

Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted.

DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.