TEXAS DEPARTMENT OF STATE HEALTH SERVICES
IMMUNIZATION REGISTRY (ImmTrac)
FIRST RESPONDER/FAMILY MEMBER REQUEST 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 **Client's Gender**: ☐ **Male** ☐ **Female**

Client's Address **Apartment #** **Telephone**

City **State** **Zip Code** **County**

ImmTrac, the Texas immunization registry, is a free service of the Texas Department of State Health Services. The immunization registry is a secure and confidential service that consolidates and stores your immunization records. State law permits the inclusion of immunization records for first responders and their immediate family members (over 18 years of age) in the Registry. With your consent, your immunization information will be included in ImmTrac and health care providers can access your immunization history. A "first responder" is defined as a public safety employee or volunteer whose duties include responding rapidly to an emergency. An "immediate family member" is defined as a parent, spouse, child or sibling who resides in the same household as the first responder. For a family member less then 18 years of age, a parent, legal guardian or managing conservator may grant consent for participation as an "ImmTrac child" by completing the *Immunization Registry (ImmTrac) Consent Form (#C-7).*

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

Request for Inclusion of First Responder or First Responder Family Member Immunization Information and Release of Immunization Records to Authorized Entities

I understand that, by requesting inclusion below, I am authorizing release of my immunization information to DSHS and I further understand that DSHS will include this information in the state's central immunization registry ("ImmTrac"). Once in ImmTrac, my immunization information may by law be accessed by a physician or other health care provider legally authorized to administer vaccines, for treating me as a patient.

I understand that I may withdraw this request to include my immunization information in the ImmTrac Registry and my request 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.

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** (over 18 years of age) of a first responder

By my signature below, I REQUEST inclusion of my immunization information in the Texas immunization registry.

Client: _____
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)

TEXAS Department of State Health Services

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac *– Please enter client information in ImmTrac and* ***affirm*** *that a request has been received.* ***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 SOLICITUD DE PERSONAL DE PRIMERA RESPUESTA/UN FAMILIAR

ImmTrac Texas Immunization Registry

(Escriba claramente en letra de molde)

For Clinic/Office Use

Apellido del Cliente

Nombre del Cliente **Segundo Nombre del Cliente**

Fecha de Nacimiento del Cliente **Género:** ☐ **Masculino** ☐ **Femenino**

Dirección del Cliente **Apartamento #** **Teléfono**

Ciudad **Estado** **Código Postal** **Condado**

ImmTrac, el registro de inmunización de Texas, es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas. El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y almacena su expediente de inmunización. La ley estatal permite la inclusión de los expedientes de inmunización del personal de primera respuesta y sus familiares inmediatos (mayores de 18 años de edad) en el registro. Con su consentimiento, su información de inmunización se incluirá en ImmTrac y los profesionales de la salud pueden acceder a su historial de vacunas. Al "personal de primera respuesta" se le define como empleados o voluntarios de seguridad pública entre cuyos deberes está responder rápidamente a una emergencia. Un "familiar inmediato" se define como uno de los padres, el cónyuge, el hijo o hija o hermano(a) que vive en la misma casa que el personal de primera respuesta. Para un familiar menor de 18 años de edad, uno de los padres, el tutor legal o el custodio administrador puede dar el consentimiento de participación como "ImmTrac child," llenando el *Registro de Inmunización (ImmTrac) Formulario de Consentimiento (# C-7).*

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

Solicitud de inclusión de información de inmunización sobre personal de primera respuesta o un familiar del personal de primera respuesta y consentimiento para dar a conocer el expediente de inmunización a las entidades autorizadas

Entiendo que, con mi solicitud a continuación, autorizó que se de a conocer mi información de inmunización al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac"). Una vez que mi información de inmunización esté en ImmTrac, puede ésta por ley ser accedida por médicos o otros profesionales de la salud legalmente autorizados para administrar vacunas, para tratarme como paciente.

Entiendo que puedo retirar esta solicitud para incluir mi información de inmunización en el registro de ImmTrac y mi consentimiento para dar a conocer mi información del registro, en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Marque la casilla correspondiente ☑ para indicar si es usted <u>personal de primera respuesta</u> o un <u>familiar inmediato</u>.

☐ Soy **<u>PERSONAL DE PRIMERA RESPUESTA</u>**

☐ Soy **<u>FAMILIAR INMEDIATO</u>** <u>(mayor de 18 años de edad)</u> de un empleado de primera respuesta

Con mi firma a continuación, <u>SOLICITO</u> la inclusión de mi información de inmunización en el registro de inmunización de Texas.

Cliente: _____
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.state.tx.us** para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: *Government Code,* sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

TEXAS Department of State Health Services

***<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.