

FIRST RESPONDER/FAMILY MEMBER REQUEST FORM

(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 _____

ImmTrac2, 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 ImmTrac2 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 than 18 years of age, a parent, legal guardian, or managing conservator may grant consent for participation as an "ImmTrac2 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 ("ImmTrac2"). Once in ImmTrac2, 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 ImmTrac2 Registry and my request 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.

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

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)

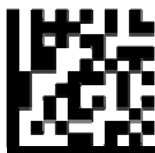
Upon completion, please fax or mail form to the DSHS ImmTrac2 Group or a registered Health-care provider. Questions?

(800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com

ImmTrac FR/FM Stock No. F11-12955

Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

Revised 05/18/2012



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.

DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEXAS
REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2)
FORMULARIO DE SOLICITUD DE PERSONAL DE PRIMERA RESPUESTA/UN FAMILIAR



(Favor de escribir claramente con 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 _____

Municipio _____

ImmTrac2, 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 ImmTrac2 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 "ImmTrac2 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 ("ImmTrac2"). Una vez que mi información de inmunización esté en ImmTrac2, 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 ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer mi información del registro, en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac2 Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted personal de primera respuesta o un familiar inmediato.

- Soy **PERSONAL DE PRIMERA RESPUESTA**
- Soy **FAMILIAR INMEDIATO** (mayor de 18 años de edad) de un empleado de primera respuesta

Con mi firma a continuación, **SOLICITO** 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. Dirijase 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 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 ImmTrac FR/FM Stock No. F11-12955
Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 Revised 05/18/2012



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.**