



## COVID-19 Vaccine Release Form

Date: \_\_\_\_\_ Recipient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Primary Care Provider: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Emergency Contact & Phone: \_\_\_\_\_

.....

### COVID-19 VACCINE CONSENT (18 YEARS OF AGE AND OLDER)

Please Initial Each Item:

\_\_\_\_\_ I have been informed that the COVID-19 vaccine is an unapproved vaccine that has been authorized for use by the FDA under Emergency Use Authorization.

\_\_\_\_\_ I have received the "Fact Sheet for Recipients and Caregivers."

\_\_\_\_\_ I understand that the COVID-19 vaccine is not mandatory.

\_\_\_\_\_ I understand the significant known and potential risks and benefits of the COVID-19 vaccine, and the extent to which such risks and benefits are unknown.

\_\_\_\_\_ I have been notified about available alternative vaccines and the risks and benefits of those alternatives.

\_\_\_\_\_ I have not had a positive SARS-CoV-2 test within the past 90 days.

\_\_\_\_\_ I do not require the use of emergency medications, such as an Epi-Pen, for the treatment of severe allergies, including anaphylaxis.

.....

\_\_\_\_\_  
Patient or Parent/Caregiver

\_\_\_\_\_  
Date

\*\*\*\*\*  
RD: \_\_\_\_\_ LD: \_\_\_\_\_ RT: \_\_\_\_\_ LT: \_\_\_\_\_ Nurse (print name): \_\_\_\_\_

LOT# \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

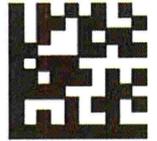
Expiration: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**TEXAS**  
Health and Human  
Services

Texas Department of State  
Health Services

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



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

\_\_\_\_\_

Apellido del Cliente

\_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_

Dirección del Cliente

\_\_\_\_\_

Ciudad

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Segundo Nombre del Cliente

\_\_\_\_\_

Apartamento #

\_\_\_\_\_

Estado

Código Postal

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Teléfono del cliente

\_\_\_\_\_

Condado

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](http://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.**



Texas Department of State Health Services

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2) FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ADULTOS



(Escriba claramente en letra de molde)

Form fields for personal information: Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Género (Femenino/Masculino), Fecha de Nacimiento, Teléfono, Correo electrónico, Dirección, Apartamento # / Edificio #, Ciudad, Estado, Código Postal, Condado, Nombre de la Madre, Apellido de soltera de la madre.

El Registro de Inmunización de Texas es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida los registros de vacunación con fines de salud pública...

Consentimiento para el registro y para divulgar los registros de inmunización a las personas o entidades autorizadas. Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS...

La ley estatal permite la inclusión en el ImmTrac2 de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos (mayores de 18 años). Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario...

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

[ ] Soy un SOCORRISTA. [ ] Soy FAMILIAR DIRECTO (mayor de 18 años) de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR mi información en el registro de vacunación de Texas.

La persona (o el representante legalmente autorizado de la persona): Nombre en letra de molde

Fecha

Firma

Notificación de privacidad: con ciertas excepciones, tiene derecho a pedir y a ser informado sobre la información que el estado de Texas reúne sobre usted. Tiene derecho a recibir y examinar la información al pedirla.

¿Tiene preguntas? (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

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.