



# CAMERON COUNTY PUBLIC HEALTH

**Esmeralda Guajardo, MAHS**  
Health Administrator

**James W. Castillo II, MD**  
Health Authority

**Elizabeth J. Miller, MD**  
Forensic Pathologist

## FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA COVID-19

Nombre (Letra de molde)		Apellido		Inicial	Fecha de nacimiento	Edad
Dirección			Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Nombre de la madre			
Grupo Racial	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro	Grupo Étnico	<input type="checkbox"/> No deseo revelar
	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino		<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino		

### CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACION

**Yo tengo 18 años ó más.** He tenido la oportunidad de discutir mis inquietudes con mi médico. Si experimento algún efecto adverso después de irme, notificaré a mi proveedor de atención primaria y administrador. He revisado la hoja de la autorización de uso de emergencia que se me proporcionó hoy. La administración de esta vacuna no crea una relación de proveedor de pacientes entre el administrador y el destinatario. Entiendo que mi información y estado de vacunación serán reportados al estado. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito libre y voluntariamente recibir la vacuna COVID-19.

Firma del padre  
tutor / paciente: **X**

Fecha: \_\_\_\_\_

### FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY:

Manufacturer: <b>Moderna</b>	Exp. Date:	Route IM: <input type="checkbox"/> Right Deltoid <input type="checkbox"/> Left Deltoid	Time/Date Vaccine Given:
Lot #:			Signature of Vaccine Administrator:



Texas Department of State  
Health Services

### ImmTrac2 Immunization Registry

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE RETENCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL DESASTRE

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.

#### 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: \_\_\_\_\_ Firma: **X** Fecha: \_\_\_\_\_

**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)