

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

NOMBRE DEL PACIENTE				FECHA DE NACIMIENTO			/			/				
DIRECCIÓN POSTAL														
					(CIUDAD)				(ESTADO)				(CÓDIGO POSTAL)	
DIRECCIÓN FÍSICA														
					(CIUDAD)				(ESTADO)				(CÓDIGO POSTAL)	
TELÉFONO PRINCIPAL				<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CELULAR	TELÉFONO SECUNDARIO				<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CELULAR					
CORREO ELECTRÓNICO				Nº DE SEGURO SOCIAL										
<b>CONTACTO DE EMERGENCIA:</b>														
NOMBRE				RELACIÓN CON EL/LA PACIENTE				Nº DE TELÉFONO						

Chambers Community Health Centers, Inc., un centro de salud calificado a nivel federal, da la bienvenida a todos los miembros de nuestra comunidad. Toda la información que solicitamos en las siguientes preguntas es únicamente con fines estadísticos. Esta información es estrictamente confidencial en la máxima medida permitida por la ley. La información que se detalla a continuación nos permite evaluar a cada paciente para los programas y servicios que ofrecemos. Por favor, responda lo mejor posible y no dude en hacer preguntas.

Nº TOTAL DE MIEMBROS DEL HOGAR				INGRESO FAMILIAR ANUAL	\$									
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A			<input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A <input type="checkbox"/> VIUDO/A	<input type="checkbox"/> SEPARADO/A LEGALMENTE	SEXO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	DISCAPACITADO/A	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	VETERANO/A	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿ESTÁ SIN HOGAR?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			SI ES ASÍ,	<input type="checkbox"/> VIVIENDA DE TRANSICIÓN <input type="checkbox"/> COMPARTIENDO VIVIENDA			<input type="checkbox"/> CALLE <input type="checkbox"/> VIVIENDA PERMANENTE	<input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO					
IDIOMA	<input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL			<input type="checkbox"/> VIETNAMITA <input type="checkbox"/> OTRO	ETNICIDAD	<input type="checkbox"/> MEXICANO/CHICANO(A) <input type="checkbox"/> OTRO HISPANO			<input type="checkbox"/> NO HISPANO <input type="checkbox"/> PUERTORRIQUEÑO	<input type="checkbox"/> CUBANO				
RAZA	<input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> FILIPINO <input type="checkbox"/> COREANO <input type="checkbox"/> CHINO			<input type="checkbox"/> NEGRO/AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> OTROS ISLEÑOS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> GUAMÉN/CHAMORRO	<input type="checkbox"/> JAPONÉS <input type="checkbox"/> SAMOANO <input type="checkbox"/> INDIO ASIÁTICO <input type="checkbox"/> OTROS ASIÁTICOS	<input type="checkbox"/> VIETNAMITA <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIANO <input type="checkbox"/> MÁS DE 1 RAZA <input type="checkbox"/> ELIGE NO DIVULGAR								

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO**

TIENE USTED SEGURO?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI ES ASÍ,	<input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> MEDICARE	<input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> OTRO: _____	<input type="checkbox"/> PRIVADO/COMERCIAL									
SEGURO PRIMARIO														
Nº DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO		Nº DE GRUPO		RELACIÓN CON EL SUSCRIPTOR										
(YO MISMO, CÓNYUGE, HIJO, OTRO)														
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR				FECHA DE NACIMIENTO			/			/				
SEGURO SECUNDARIO														
Nº DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO		Nº DE GRUPO		RELACIÓN CON EL SUSCRIPTOR										
(YO MISMO, CÓNYUGE, HIJO, OTRO)														
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR				FECHA DE NACIMIENTO			/			/				

**CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SALUD PROTEGIDA**

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información de salud protegida sobre usted. Usted tiene derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Como se establece en nuestro aviso, los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia revisada contactando al Oficial de Privacidad de Chambers Health.

Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos cómo se usa o divulga la información de salud protegida sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo

NOMBRE DEL PACIENTE			FECHA DE NACIMIENTO			/			/				
DIRECCIÓN POSTAL													
					(CIUDAD)				(ESTADO)				(CÓDIGO POSTAL)
TELÉFONO PRINCIPAL			<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO									

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a recibir mi información personal de salud en mi ausencia. Entiendo que este formulario permanecerá en el archivo, y si solicito eliminar a la(s) persona(s) de mi lista de mi autorización, presentaré una solicitud por escrito.

PERSONA(S) AUTORIZADA(S)	RELACIÓN CON EL PACIENTE	NÚMERO DE TELÉFONO

**Esta autorización es válida hasta que se revoque por escrito.**

Al firmar este formulario, consiento el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida por parte de Chambers Health sobre mí tratamiento, pago y actividades de atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando Chambers Health ya haya hecho divulgaciones basándose de mi consentimiento.

Libero a Chambers Health de toda responsabilidad por cualquier reclamo de falta de consentimiento o consentimiento insuficiente con respecto a cualquier servicio proporcionado por Chambers Health conforme a esta autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida relacionada con dicho tratamiento.

***Certifico que he leído este formulario o que me lo han leído, y entiendo su contenido y acepto la información anterior.***

_____	_____	____/____/____
<b>Firma del Paciente o Padre/Guardián Legal</b>	<b>Relación con el Paciente</b>	<b>Fecha</b>

Se requiere la firma de testigo cuando sea firmado por el Representante Autorizado del Paciente.

_____	_____	____/____/____
<b>Firma del Testigo</b>	<b>Nombre del Testigo en Letra de Molde</b>	<b>Fecha</b>



NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO			/			/				
--------	--	---------------------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

HISTORIA LSOCIAL/CONDUCTUAL	<input type="checkbox"/> BAJA AUTOESTIMA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS LEGALES	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE VIVIENDA	<input type="checkbox"/> DIETAS EXTREMAS	<input type="checkbox"/> DEPRESIÓN / CAMBIOS DE HUMOR
	<input type="checkbox"/> INTENTO DE SUICIDIO	<input type="checkbox"/> ESTRÉS DE FAMILIA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RELACIONADOS CON PANDILLAS	<input type="checkbox"/> USUARIO DE DROGAS	<input type="checkbox"/> MALTRATO FÍSICO/EMOCIONAL
	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS PARA DORMIR	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS ECONÓMICOS	<input type="checkbox"/> ABUSO DE ALCOHOL	<input type="checkbox"/> FUMADOR	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE APRENDIZAJE
	HAY ALGÚN PROBLEMA EN CASA QUE LE GUSTARIA DISCUTIR CON SU PROVEEDOR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			LE PREOCUPA SU SEGURIDAD EN CASA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

MEDICAMENTOS ACTUALES	MEDICAMENTOS CON RECETA / VITAMINA / SUPLEMENTO / MEDICAMENTO VENTA LIBRE	CONCENTRACION / DOSIS	CADA CUÁNTO SE TOMA

[illegible]

## CONSENTIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS

\_\_\_\_\_ **CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (NOPP):** Por la presente, confirmo haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de este centro y entiendo que doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Entiendo que mi historial clínico puede transmitirse electrónicamente (fax) y no ser recibido por el destinatario. En caso de que esto ocurra, libero al Centro de Salud de toda responsabilidad.

\_\_\_\_\_ **CONFIRMACIÓN DE RECIBO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES:** Por la presente, reconozco que he recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente y del Centro de Salud y entiendo que estoy dando mi consentimiento para cumplir con los términos y obligaciones.

\_\_\_\_\_ **CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE NO DISCRIMEN:** Por la presente, confirmo haber recibido una copia del Aviso de No Discriminación para este centro y entiendo que Chambers Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género). Chambers Health no excluye ni trata de forma diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género).

\_\_\_\_\_ **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Por la presente, doy mi consentimiento para recibir atención médica de los médicos, asistentes médicos, enfermeras practicantes, empleados y asociados, asistentes y otros profesionales de la salud de Chambers Health que mi equipo de atención considere necesario. Esta atención puede incluir, entre otros, evaluaciones, tratamientos, exámenes, procedimientos de diagnóstico o de laboratorio (que pueden incluir pruebas de VIH), administración de inyecciones o medicamentos, y otra atención médica, de enfermería o dental de rutina.

He sido informado y entiendo que este centro está afiliado a instituciones educativas y que los servicios prestados requieren la observación, la cooperación y la participación de varios profesionales de la salud. Autorizo a los residentes o estudiantes a participar en mi atención; sin embargo, tengo derecho a solicitar un médico. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto por los servicios que ya haya recibido.

\_\_\_\_\_ **AUTORIZACIÓN DE BENEFICIOS AL PROVEEDOR:** Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos incurridos con Chambers Health. Por la presente, cedo y renuncio a Chambers Health mi derecho y titularidad sobre los beneficios de mi seguro por todos los servicios médicos prestados.

\_\_\_\_\_ **RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Acepto pagar todos los cargos por cualquier servicio de atención médica que no esté cubierto o cobrado por mi aseguradora u otro pagador externo, incluyendo deducibles y coaseguros. Entiendo que, si califico para recibir servicios a través de un programa financiado por subvenciones, estos recursos son pagadores de última instancia. Como pagadores de última instancia, los programas financiados por subvenciones podrían no mantener mi elegibilidad si actualmente o en el futuro cuento con cobertura de Medicare, Medicaid o de un seguro externo.

\_\_\_\_\_ **COMUNICACIÓN:** Entiendo que Chambers Health utilizará mi dirección de correo electrónico y demás información de contacto que he proporcionado para diversos fines, incluyendo, entre otros, recordatorios de citas, recordatorios para la renovación de medicamentos recetados y el registro en el portal del paciente. El portal seguro del paciente permite a los pacientes comunicarse con sus profesionales de la salud y acceder a cierta información de su historial médico, como listas de medicamentos, ciertos resultados de laboratorio y registros de vacunación. Sin embargo, estas funciones pueden cambiar ocasionalmente. Entiendo que Chambers Health utilizará mi dirección de correo electrónico para crear una cuenta segura en el portal, pero que se me solicitará que proporcione mis datos de inicio de sesión para acceder al portal.

\_\_\_\_\_ **FOTOGRAFÍAS:** Autorizo a Chambers Health a tomar y/o utilizar fotografías e imágenes electrónicas con fines de verificación de identidad y/o mis registros médicos.

\_\_\_\_\_ **CONSENTIMIENTO DE GREATER HOUSTON HEALTHCONNECT:** Chambers Health participa en Health connect, una organización sin fines de lucro que proporciona una red electrónica segura para los participantes de Health connect. La lista de participantes actuales de Health connect está disponible en [www.ghhconnect.org](http://www.ghhconnect.org).

La participación de Chambers Health con otras entidades en GHHC, como laboratorios, farmacias, centros de radiología, consultorios médicos, hospitales y aseguradoras médicas, permite a Chambers Health acceder y utilizar, para brindarle atención médica, cualquier información médica electrónica disponible sobre usted. Todos los participantes de GHHC deben proteger su privacidad de acuerdo con las leyes estatales y federales. Su tratamiento y elegibilidad para recibir beneficios no se verán afectados. Al firmar a continuación, acepto que GHHC y sus participantes actuales y futuros, incluyendo Chambers Health, puedan usar y divulgar mi información médica protegida electrónicamente para fines limitados de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que GHHC puede conectarse con otros intercambios de información médica en Texas y en todo el país que también deben proteger mi información médica protegida de acuerdo con las leyes estatales y federales, y autorizo a GHHC a compartir mi información con dichos intercambios para los mismos fines limitados de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Esta autorización permanece vigente a menos que y hasta que la revoque. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a cualquier proveedor de atención médica que participe en GHHC, y mi revocación entrará en vigor en un plazo de tres (3) días. También entiendo que revocar esta autorización no afecta la información previamente compartida cuando mi autorización estaba vigente. Si decide no participar en los programas, debe notificarlo por escrito enviando un correo electrónico o entregando una declaración escrita en persona al Oficial de Privacidad de Chambers Health a [BStrickland@chambershealth.org](mailto:BStrickland@chambershealth.org).

**Los consentimientos anteriores permanecerán vigentes hasta que se revoken por escrito.**

***Certifico que he leído este formulario o me lo han leído, que entiendo su contenido y que estoy de acuerdo con la información anterior.***

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONSULTAS POR TELEMEDICINA Y TELESALUD**

La siguiente información se proporciona a los pacientes que buscan servicios de Telemedicina/Salud con Chambers Health. La telemedicina implica la evaluación, diagnóstico, consulta y tratamiento en tiempo real de una condición de salud utilizando tecnología avanzada de telecomunicaciones, lo cual puede incluir el uso de medios electrónicos interactivos como audio, video u otros. De esta manera, la telemedicina permite que el proveedor vea y se comunique con el paciente en tiempo real.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Solicito voluntariamente que los proveedores y médicos de Chambers Health, así como los asociados, residentes, asistentes técnicos y otros profesionales de la salud que ellos consideren necesarios, participen en mi atención médica a través de telemedicina.

Entiendo que los proveedores de Telemedicina de Chambers Health (i) pueden estar en una ubicación diferente a aquella en la que me presento para recibir atención médica, (ii) pueden no tener la oportunidad de realizar un examen físico en persona y (iii) dependen de la información que yo proporcione. Por lo tanto, las limitaciones de la tecnología de audio/video pueden limitar los elementos del examen físico que se pueden realizar debido a la naturaleza de las tecnologías audiovisuales.

Reconozco que los consejos, recomendaciones y/o decisiones de los proveedores de Telemedicina de Chambers Health pueden basarse en factores fuera de su control, como datos incompletos o inexactos proporcionados por mí o distorsiones en imágenes de diagnóstico o muestras que puedan resultar de transmisiones electrónicas.

Reconozco que es mi responsabilidad proporcionar información sobre mi historial médico, condición y atención que sea completa y precisa según mi mejor conocimiento.

Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me ofrecen garantías ni promesas en cuanto a los resultados o la curación.

Entiendo que tengo el derecho de negarme a participar o de decidir dejar de participar en una consulta de telemedicina/salud a distancia en cualquier momento.

**LIMITACIONES POSIBLES:** Si los proveedores de Telemedicina de Chambers Health determinan que los servicios de telesalud no satisfacen mis necesidades médicas, pueden requerir una evaluación médica presencial. En caso de que la sesión de telemedicina/salud se interrumpa debido a un problema técnico o falla en el equipo, se podrán implementar medios alternativos de comunicación, o podría ser necesaria una evaluación médica presencial. Si experimento un problema grave o urgente, como una mala reacción a algún tratamiento o un empeoramiento de los síntomas después de una sesión de telemedicina, debo informar a mi proveedor y, en caso de emergencia, marcar al 911 o acudir al departamento de urgencias del hospital más cercano.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Para facilitar la prestación de atención y/o tratamiento a través de telemedicina, solicito y autorizo voluntariamente la divulgación de toda o parte de mi expediente médico (incluida la información oral) a los proveedores de Telemedicina de Chambers Health. Entiendo y acepto que la información que autorizo se divulgue puede incluir: 1) resultados de pruebas de SIDA/VIH, diagnóstico, tratamiento e información relacionada; 2) resultados de pruebas de drogas e información sobre el consumo y tratamiento de drogas y alcohol; 3) información sobre salud mental; y 4) información genética.

Entiendo que la divulgación de mi información médica a los proveedores de Telemedicina de Chambers Health, incluida la transmisión de audio y/o video, será a través de medios electrónicos. Aunque se toman precauciones para proteger la confidencialidad de esta información y prevenir el acceso no autorizado, entiendo que la transmisión electrónica de datos, imágenes de video y audio es una tecnología nueva y en desarrollo, y que la confidencialidad puede verse comprometida por fallas en las medidas de seguridad o por manipulaciones ilegales o indebidas.

**FOTOGRAFÍAS:** Entiendo que, durante la consulta de telesalud, podría ser necesario que el proveedor o el personal de su consultorio me tomen una fotografía dentro de la plataforma de telesalud para documentar mi asistencia y cualquier problema específico de mi condición (por ejemplo, sarpullido). Estas fotografías solo se utilizarán para documentar mi historial médico y no serán guardadas por el proveedor ni el personal. Doy mi consentimiento para que se me tomen fotografías con estos fines durante la consulta de telesalud.

**SEGURIDAD DEL SISTEMA:** Chambers Health utiliza de forma rutinaria tecnología segura de audio y video dentro de la plataforma de Historia Clínica Electrónica (EHR). Acepto asumir toda la responsabilidad por la seguridad de cualquier comunicación o tratamiento realizado en mi computadora o dispositivo electrónico, así como en mi ubicación física. Entiendo que soy el único responsable de mantener la estricta confidencialidad de mi nombre de usuario, contraseña y/o enlace de conexión. No permitiré que otra persona utilice mi nombre de usuario ni enlace de conexión para acceder a los servicios.

También entiendo que soy responsable de usar esta tecnología en un lugar seguro y privado, de modo que otros no puedan escuchar mis conversaciones. Entiendo que no se grabarán videos de ninguna de las sesiones en línea y que toda la información divulgada durante las sesiones, así como los registros escritos correspondientes, son confidenciales y no pueden ser revelados a nadie sin mi permiso por escrito, excepto cuando la ley lo exija.

**Los consentimientos anteriores permanecerán vigentes hasta que sean revocados por escrito.**

**Certifico que he leído este formulario o me lo han leído, y que entiendo su contenido y que estoy de acuerdo con la información anterior.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Padre / Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha



Texas Department of State  
Health Services

## Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2) Consentimiento para Adultos



Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Núm. de apartamento o edificio \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Apellido de soltera \_\_\_\_\_

Raza (seleccione todos los que correspondan):			Grupo étnico (seleccione solo una):
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispanico o latino
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No hispano o latino
<input type="checkbox"/> Se negó a contestar			<input type="checkbox"/> Otro

El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2) 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. Al darnos usted su consentimiento, los datos sobre sus vacunas se incluirán en el Registro de Inmunización de Texas. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de vacunación de su para verificar que no falten vacunas importantes. Consulte la sección 161.007 (d) del Código de Salud y Seguridad de Texas en [statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.007](https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.007) para más información.

**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, y entiendo además que el DSHS incluirá esta información en el Registro de Inmunización de Texas. Una vez que la información sobre mis vacunas esté en el Registro de Inmunización de Texas, las siguientes entidades tendrán, por ley, acceso a ella: un médico u otro proveedor de salud de Texas legalmente autorizado para administrar vacunas, como parte del tratamiento que yo reciba como paciente; cualquier escuela de Texas en la que yo esté inscrito; un distrito de salud pública o departamento de salud local de Texas, por razones de salud pública, dentro de sus zonas de jurisdicción; cualquier entidad estatal que tenga custodia sobre mí; cualquier pagador autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas lo relacionado con mi cobertura con una póliza de dicho pagador. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, llenando y enviando el formulario Withdrawal of Consent al Texas Immunization Registry, Texas Department of State Health Services.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos. Se define como “socorrista” al empleado de la seguridad pública o voluntario entre cuyas funciones está responder rápidamente a una emergencia. Se define como “familiar directo” a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el socorrista. Consulte la sección 161.00705 del Código de Salud y Seguridad de Texas en [statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.00705](https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.00705) para más información.

**Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted es un socorrista o un familiar directo de un socorrista.**  
☐ Soy un SOCORRISTA. ☐ Soy un FAMILIAR DIRECTO (mayor de 18 años) de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR mis datos en el Registro de Inmunización de Texas.  
**La persona (o su representante legalmente autorizado):** \_\_\_\_\_  
Nombre escrito a mano  
Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Aviso de confidencialidad.** Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a pedir y a ser informado sobre los datos que el estado de Texas recaba sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo pide. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio [dshs.texas.gov/sites/default/files/hipaa/docs/DSHS-NPP-Spanish-5-1-2022.pdf](https://dshs.texas.gov/sites/default/files/hipaa/docs/DSHS-NPP-Spanish-5-1-2022.pdf) para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

**PROVIDERS REGISTERED WITH the Texas Immunization Registry:** Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. **DO NOT** fax to the Texas Immunization Registry. **Retain this form in your client's record.**

**Questions?** Tel: 800-252-9152 • Fax: 512-776-7790 • [dshs.texas.gov/immunizations](https://dshs.texas.gov/immunizations)  
Texas Department of State Health Services • Immunization Section • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

Texas Department of State Health Services  
Immunization Section  
Stock No. F11-13366  
Revised 09/2024