



TEXAS
Health and Human
Services

Date

Advisor	
Office Address	
Telephone No.	Fax No.

Medical Expense Verification

Case Name	Case No.
Patient Name	Social Security No.

The person named above reports that he/she incurs out-of-pocket medical expenses. To correctly evaluate the household's situation, the Texas Health and Human Services Commission (HHSC) needs your assistance. Please complete the information in the sections indicated below and return the form to me in the postage-paid envelope provided. Please return it as soon as possible, but no later than _____.

Section I – Client Release

Patient's Name

HHSC is requesting verification of your medical needs to determine your eligibility for services. When you sign this authorization, you are giving HHSC permission to contact your doctors, medical facilities, or other health care providers to request copies of your health information as indicated below. Your signature is required on this authorization form to determine your eligibility for services.

I authorize _____ (doctors, medical facilities, or other health care providers) to complete this form and release the information to HHSC.

This authorization expires on _____.

_____ Date
Client or Personal Representative Signature

If you are signing for the client, please describe your authority to act for the client: _____

Note: If the person requesting the release of case information cannot sign his/her name, two witnesses to his/her mark (X) must sign below.

_____ Date
Witness

_____ Date
Witness

Notice to Client

HHSC, as receiver of this information, will protect your personal health information in accordance with federal and state privacy regulations. If you authorize release of your health information to other parties it may no longer be protected by privacy regulations.

You can withdraw permission you have given your doctor or health care provider to use or disclose health information that identifies you, unless they have already taken action based on your permission. You must withdraw your permission in writing.

Section II – Over-the-counter Medication/Medical Supplies

Please list all over-the-counter medication or medical supplies you prescribed for the identified patient.

Item Prescribed	How often Prescribed

Section III – Prescription Information

Please attach a prescription printout for the identified patient for the following period:

From: _____ Thru: _____

Section IV – Physician/Pharmacist Information

Name of Physician/Pharmacist (please print)	Telephone No. (including area code)
Office Address (Street or P.O. Box City, ZIP)	
Signature – Physician/Pharmacist	Date



TEXAS
Health and Human
Services

Fecha

Consejero

Dirección

Teléfono

Fax

Verificación de gastos médicos

Nombre del caso	Núm. del caso
Nombre del paciente	Núm. de Seguro Social

La persona mencionada anteriormente informa que hace gastos médicos que paga de su propio bolsillo. Para evaluar correctamente la situación de la unidad familiar, usted la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) necesita su ayuda. Por favor, dé la información en las secciones indicadas a continuación y devuelva la forma en el sobre provisto que no necesita estampilla. Por favor, devuelva la forma lo antes posible, pero a más tardar para el _____.

Sección I – Permiso del cliente

Nombre del paciente

La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) ha pedido un informe médico completo para determinar si usted llena los requisitos para los servicios. Al firmar esta autorización, usted da al HHSC permiso para que se comunique con sus doctores, centros médicos u otros proveedores de atención médica para obtener copias de su información médica como se indica más adelante. Su firma es necesaria en esta autorización para determinar si llena los requisitos para los servicios.

Yo autorizo a _____ (doctores, centros médicos u otros proveedores de atención médica) para que llene esta forma y le dé al HHSC esta información.

Esta autorización se vence el _____.

Firma del Cliente o del Representante Personal

Fecha

Si usted firma a nombre del cliente, haga el favor de describir la autoridad con la que actúa en su nombre. _____

Nota: Si la persona que pide la divulgación de la información del caso no puede firmar su nombre, debe poner una marca (X) ante dos testigos, que deben firmar a continuación:

Testigo

Fecha

Testigo

Fecha

Aviso a los clientes

HHSC como receptor de esta información, protegerá su información médica personal de acuerdo con las regulaciones federales y estatales de la vida privada. Si autoriza la divulgación de su información médica a terceros, tal vez ya no tenga la protección de las regulaciones de la vida privada.

Puede retirar el permiso que le ha dado al doctor o al proveedor de atención médica para divulgar la información médica que lo identifica a usted, a menos que éste ya haya actuado con su permiso. Tiene que retirar su permiso por escrito.

Sección II – Medicamentos y artículos médicos que se compran sin receta

Por favor, anote todos los medicamentos o artículos médicos que se compran sin receta que le ha recetado al paciente nombrado.

Artículo recetado	Frecuencia de la receta

Sección III – Información sobre la receta

Por favor, adjunte un listado de las recetas para el paciente nombrado para el periodo a continuación:

De: _____ Hasta: _____

Sección IV – Información del doctor o farmacéutico

Nombre del doctor o farmacéutico (Por favor, escriba en letra de molde)	Teléfono (Incluso la clave del área)
Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	
Firma del doctor o farmacéutico	Fecha