TEXAS
Health and Human Services

Date/Fecha
Eligibility Specialist/Especialista de elegibilidad
Office Address and Telephone No./Oficina y teléfono

(Name and Address of Client's Attending Practitioner)

Certification of No Medical Contraindication — Dental / Certificación de que no hay contraindicación médica — Dental

Name of Patient	Client No.
Facility Name and Address	

To the patient's attending practitioner:

When determining the amount that the patient must pay for his care in a nursing facility, this department allows a deduction from the patient's income for the cost of routine dental services. Your certification that these services

List Dental Services:

are not medically contraindicated for the patient is required before the department can allow this deduction.

Please complete this form and return it in the postage-paid envelope. **(The department cannot pay you for completing this form.)**

To be Completed by Attending Practitioner

As the above-named patient's attending practitioner, I certify that the following dental service(s) required

is/are not medically contraindicated for the patient.

Signature-Practitioner Date

Name of Practitioner (please type or print)	Type of Practice *	Telephone No. (include AC)
Address		

*** MD, DO, nurse practitioner, clinical nurse specialist or physician assistant**

Dental Treatment Plan: ☐ Approved ☐ Disapproved

Signature-DADS Regional Nurse Date

Authorization to Release Medical Information / Autorización para divulgar información médica

SECTION I **Name of Patient** _____

The Health and Human Services Commission (HHSC) is requesting completion of a medical report to determine your eligibility for services. When you sign this authorization, you are giving HHSC permission to contact your doctors and medical facilities 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 **(Write the name of the doctor, medical facilities, or other health care providers.)**

_____

to complete Form H1263-B, Certification of No Medical Contraindication — Dental, and release to the Health and Human Services Commission.

For the authorization to obtain your medical information, please indicate an expiration date or indicate open-ended if you prefer no date of expiration.

This authorization expires: ☐ **Date:** _____ ☐ **Open-ended**

SECCIÓN I Nombre del paciente _____

La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) ha pedido un informe médico completo para determinar si usted llena los requisitos para recibir servicios. Al firmar esta autorización, usted le da permiso a la HHSC para comunicarse con su doctor y los centros médicos para pedirles copias de su información médica como se indica a continuación. Su firma es necesaria en esta autorización para determinar si llena los requisitos para recibir servicios.

Yo autorizo a (Escriba el nombre del doctor, centro médico u otro proveedor de atención médica.)

_____

para que llene la Forma H1263-B, Certificación de que no hay contraindicación médica — Dental, y la entregue a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Para la autorización para obtener su información médica, por favor, indique la fecha de vencimiento o marque “Abierta” si prefiere no tener una fecha de vencimiento.

Esta autorización se vence el: ☐ Fecha: _____ ☐ Abierta

SECTION II

_____ _____
Signature–Client or Personal Representative **Date**

☐ **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 name, two witnesses to his mark (X) must sign below:

_____ _____ _____ _____
Witness **Date** **Witness** **Date**

SECCIÓN II

_____ _____
Firma del cliente o del representante personal Fecha

☐ Si usted firma por el cliente, favor de describir la autoridad con la que actúa en nombre del cliente:

_____

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

SECTION III

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.

SECCIÓN III

Aviso a los clientes — La HHSC, como receptora de esta información, protegerá su información médica personal de acuerdo con las regulaciones federales y estatales sobre la privacidad. Si usted autoriza la divulgación de su información médica a terceros, tal vez ya no tenga la protección de las regulaciones sobre la privacidad.

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

If you, as the receiver of the item, or your authorized representative have a complaint about the item(s), you are responsible for making the complaint directly to the Texas Department of State Health Services, Environmental and Consumer Safety Section, Drugs and Medical Devices at 512-834-6755.

Si usted, como la persona que recibe el artículo, o su representante autorizado, tiene una queja sobre el artículo, tiene la responsabilidad de presentar la queja directamente ante el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, Sección de Seguridad del Medioambiente, Medicamentos y Artículos Médicos llamando al 512-834-6755.