

**Report of Pregnancy**

The Texas Health and Human Services Commission (HHSC) provides certain cash assistance and/or Medicaid coverage for low income pregnant women. To administer these programs, the department needs the information requested below. Please verify the items checked below and return the white copy of this form in the postage paid envelope provided.

THE DEPARTMENT CANNOT PAY YOU FOR COMPLETING THIS FORM. Thank you for your assistance.

Name of Patient	Case Name (if different)	Case No.
-----------------	--------------------------	----------

- Month Pregnancy Began..... \_\_\_\_\_
- Are multiple births anticipated? .....  Yes  No
- If yes, indicate the number anticipated: ..... \_\_\_\_\_
- Date of Expected Delivery..... \_\_\_\_\_
- Should patient be exempt from working? .....  Yes  No

Name (please type or print)
-----------------------------

X \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Signature – Physician, Advanced Nurse Practitioner, RN, or  
Other Medical Professional (under physician's orders)

Title <input checked="" type="checkbox"/> Physician <input type="checkbox"/> Advanced Nurse Practitioner (includes certified nurse-midwife) <input type="checkbox"/> Registered Nurse <input type="checkbox"/> Other Medical Professional (under physician's orders): Specify:	
Address	Telephone No.
Name of Supervising Physician	Telephone No.

Client complete page 2.  
El cliente debe llenar la página 2.

**PLEASE RETURN TO:**

Caseworker	Date
Office Address and Telephone No.	

**Report of Pregnancy/Informe sobre un embarazo**  
**Authorization to Release Medical Information/Autorización para divulgar información médica**

**SECTION I/SECCIÓN I**

Patient's Name/Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**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.**

La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) necesita verificación de sus necesidades médicas para determinar si usted llena los requisitos para recibir servicios. Cuando firme esta autorización, le dará permiso a la HHSC para comunicarse con su doctor, centros médicos u otros proveedores de atención médica para pedir copias de su información médica como se indica más adelante. Es necesario que firme esta autorización para que podamos determinar si llena los requisitos para recibir servicios.

I authorize/Yo autorizo a \_\_\_\_\_

**Doctor, Medical Facilities, or other Health Care Providers/**  
Doctor, centro médico u otro proveedor de atención médica

to complete Form H3037, Report of Pregnancy.  
para que llene la Forma H3037, Informe sobre un embarazo.

This authorization expires on/Esta autorización se vence el: \_\_\_\_\_

**SECTION II/SECCIÓN II**

\_\_\_\_\_  
**Client or Personal Representative's Signature/**  
Firma del Cliente o del Representante Personal

\_\_\_\_\_  
**Date/**  
Fecha

**If you are signing for the client, please describe your authority to act for the client:**  
Si usted va a firmar por el cliente, por favor, describa la autoridad que tiene para actuar en nombre de él:

**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:**  
Nota: si la persona que solicita la divulgación de información del caso no puede firmar, debe poner una marca (X) ante dos testigos, que deben firmar a continuación:

\_\_\_\_\_  
**Witness/**  
Testigo

\_\_\_\_\_  
**Date/**  
Fecha

\_\_\_\_\_  
**Witness/**  
Testigo

\_\_\_\_\_  
**Date/**  
Fecha

**SECTION III/SECCIÓN III**

**Notice to Client**

HHSC, a 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.

**Aviso al cliente**

La HHSC, como destinataria de esta información, protegerá su información médica personal conforme a las regulaciones estatales y federales del derecho a la vida privada. Si autoriza la divulgación de su información médica a terceros, es posible que ya no tenga la protección de las regulaciones del derecho a la vida privada.

Usted puede retirar el permiso que le haya dado a su doctor o al proveedor de atención médica para usar o divulgar información médica que lo identifique a usted, a menos que éste ya haya actuado de acuerdo con su permiso. Tiene que retirar su permiso por escrito.