TEXAS Health and Human Services

Formulario H3038-S
Enero de 2026

Certificación de servicios médicos de emergencia

Name of Patient	Date of Birth	Case Name, if different	Case No.	Medicaid ID

To the Patient's Attending Practitioner or Other Practitioner Familiar With This Patient's Case

The Texas Health and Human Services Commission (HHSC) provides Medicaid coverage for emergency services to patients who are non-immigrants, undocumented aliens, and certain legal permanent resident aliens. Your certification that the patient was treated for an emergency condition, defined below, and a statement of the dates the patient was treated are required before HHSC can process the patient's application.

Note: Medicaid coverage is limited to emergency services. HHSC cannot pay you for completing this form.

Emergency Medical Conditions

A medical condition, including labor and delivery, that manifests by acute symptoms severe enough including severe pain. The pain is such that the absence of immediate medical care could reasonably be expected to result in:

- placing the patient's health in serious jeopardy;
- seriously impairing his bodily functions; or
- causing serious dysfunction of any bodily organ or part.

Complete all the Fields Below. Return the Original Form in the Postage-Paid Envelope Provided.

As the above-named patient's attending practitioner or other practitioner familiar with this patient's case, I have reviewed the patient's medical records. I certify, in my professional opinion and under penalty of perjury, that the patient had an emergency medical condition as described above. The emergency nature of the condition lasted for the period below. I understand that the period of an actual emergency is usually of very limited duration and ends when the emergency itself is stabilized.

_____ through _____

Date Emergency Condition Began (MM/DD/YYYY) — Date Patient's Condition Stabilized (MM/DD/YYYY)

Check the Box That Applies.

☐ Was the emergency condition related to the birth of a child? Provide the following information, if yes.

Name of Child	Sex ◯ Male ◯ Female	Date of Birth
Name of Child	Sex ◯ Male ◯ Female	Date of Birth

☐ Was the emergency condition due to a miscarriage or stillbirth?

Complete all the Fields Below.

I understand that this certification does not mean that the services provided to the patient will be covered by the Texas Medical Assistance Program. I also understand that HHSC or designee are responsible to determine if the patient's medical condition warranted emergency services.

_____ _____

Signature — Practitioner **Date**

Practitioner's Name	Type of Practice (MD, DO, DDS)
Practitioner's Area Code and Phone No.	Practitioner's Address

El paciente debe llenar la página 2, Autorización para divulgar información médica

Autorización para divulgar información médica

Sección 1. Autorización del paciente

Nombre del paciente: _____

La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) ha solicitado una verificación de sus necesidades médicas para determinar si cumple con los requisitos para recibir servicios. Al firmar esta autorización, usted autoriza a la HHSC a pedir a su médico, centro médico u otro proveedor de atención médica copias de su información médica tal como se indica más adelante. Su firma en esta autorización es necesaria para poder determinar si cumple con los requisitos para recibir servicios.

Doy mi autorización para que _____

Médico, centro médico u otro proveedor de atención médica

llene el formulario H3038, Certificación de Servicios Médicos de Emergencia.

Esta autorización vence el: _____

Sección 2. Firmas

_____ _____

Firma del paciente o su representante personal **Fecha**

Describa su autoridad para actuar en nombre del paciente si firma por él.

Nota: Si la persona que pide la divulgación de la información del caso no puede firmar, dos testigos deben firmar a continuación.

_____ _____

Firma del testigo **Fecha**

_____ _____

Firma del testigo **Fecha**

Sección 3. Aviso al paciente

La HHSC, como destinataria 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, es posible que ya no esté protegida por las regulaciones sobre la privacidad. Puede retirar el permiso que le ha dado a su médico o proveedor de atención médica para usar o divulgar información médica que lo identifica a usted, a menos que ya hayan actuado con base en el permiso que usted otorgó. Para revocar su permiso, es necesario hacerlo por escrito.