

Who May Obtain Copies of Medical Records for a Deceased Patient?

A patient retains their right to keep their medical records private even after death. Both HIPAA and Hawai'i laws continue to protect the use or disclosure of protected health information after the death of the patient.

In order to release the protected health information of a deceased patient the following required information must be presented:

- A valid Authorization to Release Medical Information
- A copy of the death certificate

The authorization must be signed and dated by either a personal representative or next of kin of the deceased patient. The law states that a "personal representative" includes executor, administrator, successor personal representative, special administrator, and persons who perform substantially the same function under the law governing their status. "General personal representative" excludes special administrator [HRS §560:1-201], and a "deceased person's next of kin" means a person with the following relationship to the deceased person [HRS §622-57(h)]:

- | | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------|
| (1) The spouse or reciprocal beneficiary; | (4) An adult sibling; |
| (2) An adult child; | (5) A grandparent; and |
| (3) Either parent; | (6) A guardian at the time of death |

Proof of personal representative or next of kin must be verified prior to the release of records. If this information is not available(non-probate), the Next of Kin Affidavit may be used.

Upon receipt of the required documents, we will make every effort to provide the requested records to you as soon as possible. However, please remember that it may take up to 30 days to process your request. Thank you for your cooperation in this important matter.



Together inspired™





REQUEST FOR MEDICAL RECORDS OF DECEDENT – NON-PROBATE

Name of Decedent: _____ Date of Birth: _____

Relationship of Affiant to Decedent: _____ Date of Death: _____

AFFIDAVIT OF NEXT-OF-KIN

I, the undersigned affiant, being first duly sworn on oath, depose and say:

1. I am the next-of-kin of the above-named decedent and I have superseding priority as defined in the following (check only one box below):
 - a. California: Probate Code Section 24 and Probate Code Section 58
 - b. Hawaii: HRS §622-57
 - c. Oregon: ORS 192.5731
2. A certified copy of the death certificate will be provided in addition to this affidavit.
3. To the best of my knowledge, a personal representative has not been appointed for the decedent’s estate.
4. This affidavit **must be notarized prior to** releasing any protected health information.

Signature of Affiant: _____

Print Name of Affiant: _____

Residence of Affiant: _____

Subscribed and sworn to before me
this _____ day of _____

Print Name: _____

Notary Public, State of _____

My Commission Expires: _____

****SCAN NOTARIZED AFFIDAVIT & DEATH CERTIFICATE WITH THE AUTHORIZATION TO RELEASE PHI FORM****

Adventist Health
RELEASE OF INFORMATION
AFFIDAVIT OF NEXT-OF-KIN
03/2022
Page 1 of 1



¿Quién puede obtener copias del expediente médico de un paciente fallecido?

Los pacientes conservan su derecho a mantener la privacidad de su expediente médico incluso después de su fallecimiento. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) y las leyes de Hawái siguen protegiendo el uso o la divulgación de la información médica protegida tras el fallecimiento del paciente.

Para divulgar la información médica protegida de un paciente fallecido, se debe presentar la siguiente información:

- Una autorización válida para divulgar información médica
- Una copia del certificado de defunción

El representante personal o el familiar más cercano del paciente fallecido debe firmar y fechar la autorización. Según la ley, el “representante personal” es el albacea, el administrador, el representante personal sucesor, el administrador especial y toda persona que desempeña de manera considerable la misma función en virtud de la ley que rige su condición. El “representante personal general” no incluye al administrador especial (**sección 560:1-201 de los Hawaii Revised Statutes [HRS]**). Por otro lado, el “pariente más cercano del paciente fallecido” se refiere a la persona que tenía alguno de los siguientes parentescos con el paciente fallecido (**sección 622-57[h] de los HRS**):

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------------|
| (1) Cónyuge o beneficiario recíproco | (4) Hermano o hermana adulta |
| (2) Hijo o hija adulta | (5) Abuelo o abuela |
| (3) Padre o madre | (6) Tutor en el momento del fallecimiento |

Antes de divulgar los expedientes, debe verificarse la constancia del representante personal o del pariente más cercano. Si no se dispone de esta información (falta de prueba sucesoria), se puede utilizar la declaración jurada del pariente más cercano.

En cuanto recibamos los documentos obligatorios, haremos todo lo posible por proporcionarle los expedientes solicitados con la mayor brevedad. No obstante, recuerde que la tramitación de su solicitud puede tardar hasta 30 días. Gracias por su cooperación en este asunto importante.



Together inspired™





SOLICITUD DE EXPEDIENTES MÉDICOS DE PERSONA FALLECIDA (FALTA DE PRUEBA SUCESORIA)

Nombre de la persona fallecida: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación del declarante con la persona fallecida: _____ Fecha de la defunción: _____

DECLARACIÓN JURADA DE PARIENTE MÁS CERCANO

Yo, el abajo firmante, tras haber jurado debidamente, declaro lo siguiente:

1. Soy el pariente más cercano de la persona fallecida que se menciona anteriormente y tengo prioridad, tal como se define a continuación (marque solo una de las siguientes casillas):
 - a. California: Sección 24 del Código de Sucesiones y Sección 58 del Código de Sucesiones
 - b. Hawái: HRS §622-57
 - c. Oregón: ORS 192.5731
2. Se proporcionará una copia certificada del certificado de defunción junto con esta declaración jurada.
3. A mi leal saber y entender, no se ha asignado un representante legal para el patrimonio de la persona fallecida.
4. Esta declaración **se debe autorizar antes de** divulgar cualquier tipo de información médica protegida.

Firma del declarante: _____

Nombre en letra de imprenta del declarante: _____

Lugar de residencia del declarante: _____

Suscrito y jurado ante mí
el día _____ de _____ de _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Notario público, Estado de _____

Mi actuación caduca: _____

****ESCANEAR DECLARACIÓN JURADA Y CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN CON LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR EL FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA****

Adventist Health
RELEASE OF INFORMATION
AFFIDAVIT OF NEXT-OF-KIN
03/2022
Page 1 of 1

PATIENT LABEL