

# 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 Oregon 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. If no person has been appointed as a personal representative under ORS chapter 113 or a person appointed has been discharged, the personal representative of a deceased patient shall be the first of the following persons, in the following order, who can be located upon reasonable effort by the covered entity and who is willing to serve as the personal representative:

- |   |  |
|---|--|
| (1) Appointed guardian ORS 125.300-125.330; | (4) Either parent;                     |
| (2) Spouse;                                 | (5) An adult sibling;                  |
| (3) Adult children;                         | (6) Any adult relative or adult friend |
|   | ORS 192.526                            |

**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 Oregón 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. Si, en virtud del capítulo 113 de Oregon Revised Statutes (ORS), no se ha designado a ninguna persona como representante personal o se ha dado de baja a una persona designada, el representante personal del paciente fallecido será la primera de las siguientes personas, en el siguiente orden, que pueda localizar la entidad cubierta tras un esfuerzo razonable y que esté dispuesta a actuar como representante personal:

- |  |  |
|--|--|
| (1) Tutor designado<br>(en virtud de las secciones 125.300-125.330 de los ORS) | (4) Padre o madre  |
| (2) Cónyuge  | (5) Hermano o hermana adulta   |
| (3) Hijo o hija adulta   | (6) Cualquier familiar o persona allegada adulta<br>(en virtud de la sección 192.526 de los ORS) |

**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**