

# Health Information Management

## 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 California 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 the Beneficiary or Personal Representative of the deceased patient. The law states that a “beneficiary” is anyone who will inherit from the patient by Will or estate [Probate Code Section 24] and a “personal representative” is either the executor of the Will, administrator of the patient’s estate, successor personal representative or public administrator [Probate Code Section 58].

**In California, proof of beneficiary or personal representative status must be obtained prior to the release of records.**

If there is a Will, this could be a copy of the title page, pages indicating the executor and/or beneficiaries and the last page where the patient/deceased individual signed the Will. If there is no Will or named executor, a court document is required (i.e., Letters (Probate)) which names the personal representative. *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 14 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



# Gestión de la Información Médica

## ¿Quién Puede Obtener Copias de los Registros Médicos de un Paciente Fallecido?

Un paciente conserva su derecho de mantener sus registros médicos en privado aún después de su muerte. Tanto el HIPAA como las leyes de California continúan protegiendo el uso o la divulgación de información médica protegida después de la muerte del paciente.

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

- Una Autorización Válida para Divulgar la Información Médica
- Una copia del certificado de defunción

La autorización debe ser firmada y fechada ya sea por el Beneficiario o el Representante Personal del paciente fallecido. La ley estipula que un “beneficiario” es cualquier persona que heredará del paciente ya sea por medio de un Testamento o por patrimonio [Código Testamentario Sección 24] y un “representante personal” es ya sea un albacea del testamento, administrador del patrimonio del paciente, sucesor, representante personal sucesor o administrador público [Código Testamentario Sección 58].

**En California, es necesario obtener un comprobante de estatus de beneficiario o representante personal antes de la divulgación de los registros.**

Si hay un Testamento, esto podría ser una copia de la página de título, las páginas donde se indica al albacea y/o los beneficiarios y la última página donde el paciente/persona fallecida firmó el Testamento. Si no existe un Testamento o un albacea designado, será necesario un documento judicial (por ejemplo, Cartas (Documento Testamentario) en el cual se designa al representante personal.

Al recibir los documentos requeridos, haremos todo lo posible para proporcionarle los registros solicitados tan pronto como sea posible. Sin embargo, recuerde por favor, que puede demorar hasta 14 días procesar su solicitud. Muchas gracias por su cooperación en este importante asunto.



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**