

Nombre del difunto: _____

Fecha de nacimiento del difunto: _____ Fecha de muerte: _____

Relación con el difunto:

- ☐ Esposo
 ☐ Niño
 ☐ Hermano
 ☐ Padre de un hijo adulto
 ☐ Otro: _____

Estoy familiarizado con las disposiciones de la Sección 56.11 (c) (4) del Código Civil de California, que permite la divulgación de los registros médicos de los fallecidos al beneficiario o representante personal del paciente fallecido. Entiendo y creo que soy el beneficiario o representante personal del paciente mencionado anteriormente en base a los siguientes hechos:

- ☐ Soy un beneficiario como lo demuestra el testamento adjunto presentado por el tribunal (proporcione una copia del testamento)
☐ Soy el albacea o administrador del patrimonio del paciente fallecido (proporcione una copia de las cartas testamentarias)
☐ En la Reclamación por fallecimiento / seguro se me nombra como beneficiario (proporcione una copia de la póliza)
☐ Soy el cónyuge del paciente fallecido que no tiene testamento ni fideicomiso (proporcione una copia del certificado de matrimonio, si está disponible)
☐ Soy hijo del paciente fallecido que no tiene testamento ni fideicomiso (proporcione una copia del certificado de nacimiento, si está disponible)
☐ Otro: _____

Declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto y que esta declaración se ejecuta este _____ día de _____, 202_____, en Fresno, California.

_____ Fecha _____ Hora _____ Firma del declarante / Nombre impreso del declarante

Firma del intérprete, si corresponde:

He leído de forma precisa y completa el documento anterior para

_____ en _____ el declarante
 Nombre del declarante (Idioma)

en _____, lenguaje primario. El declarante entendió todos los términos y condiciones y reconoció su acuerdo al firmar el documento en mi presencia.

_____ Fecha _____ Hora _____ Firma del intérprete / Nombre en letra de imprenta / Título

Health Information Management

Declaración de derecho a recibir registros médicos del difunto

(Declaration of Right to Receive Medical Records of Decedent)

(Attach this form to the Authorization to Release Protected Health Information form)

NS2553 (9/28/21) Page 1 of 1



ORIGINAL – MEDICAL RECORD
COPY – DECLARANT

