

## **ADDENDUM A LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN ADDENDUM TO RELEASE OF INFORMATION**

### **REGISTROS MÉDICOS DEL PACIENTE FALLECIDO RECORDS OF DECEASED PATIENT**

**Nota:** *Falsamente afirmando que uno es el administrador o ejecutor de los bienes, o de otra manera acceder indebidamente los registros médicos de un paciente fallecido es un delito.*

Si hay un administrador o ejecutor de los bienes del paciente fallecido asignado por la corte, esa persona tiene derecho a los registros médicos, no los familiares más cercanos. Si no hay un administrador o ejecutor asignado por la corte, y no hay ni habrá una aplicación pendiente para nombrar a dicha persona, los familiares más cercanos tienen derecho a los registros médicos.

El orden de prioridad para determinar el familiar más cercano es el siguiente: (1) El esposo (la esposa) del paciente fallecido; (2) un hijo adulto o una hija adulta del paciente fallecido; (3) cualquiera de los padres del paciente fallecido; (4) un hermano adulto o una hermana adulta del paciente fallecido; (5) un abuelo o una abuela del paciente fallecido.

**Además de la documentación que se requiere como se indica en la Sección 1 o completando la Sección 2, es requerido incluir la autorización para divulgar registros médicos.**

#### **1. Administrador o ejecutor de los bienes**

Documentos Requeridos: <sup>1</sup> Una copia de las cartas de administración (conocido en Connecticut como un certificado fiduciario o de sucesiones). Esto servirá como reconocimiento de que un individuo ha sido nombrado el administrador o ejecutor de los bienes del difunto, y tiene la autoridad para firmar esta autorización.

#### **2. El esposo (la esposa) sobreviviente o el familiar más cercano**

Documentos Requeridos: <sup>2</sup> Una copia del certificado de defunción y completar la sección "a" abajo.

- a) Yo, \_\_\_\_\_  
soy el esposo (la esposa) sobreviviente o el familiar más cercano del paciente. No hay un administrador o ejecutor de los bienes del paciente asignado por la corte y no hay ni habrá una aplicación pendiente para un administrador o ejecutor.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre (escribir en letra de imprenta)

Fecha: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> En adición a los documentos requeridos se necesitará prueba de identificación de la persona que solicita el registro médico.

<sup>2</sup> En adición a los documentos requeridos se necesitará prueba de identificación de la persona que solicita el registro médico. A  
Addendum to Release of Information Spanish