Catholic Health

NOTIFICACIÓN DE PACIENTE FALLECIDO

Administrative Documentation - SCAN, DECEASED PATIENT NOTICE SP, 3/26/25

Información del solicitante:

Nombre del solicitante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información del paciente fallecido (difunto):

Nombre del difunto: _____ Fecha de nacimiento del difunto: _____

Última dirección conocida: _____

Fecha de fallecimiento: _____

Solicito que se indique el fallecimiento del difunto que se menciona arriba en su historia clínica.

Soy:

- ☐ El cónyuge (no divorciado o con una sentencia de separación anulada) del paciente fallecido mencionado.
- ☐ El hijo (biológico o legalmente adoptado) del paciente fallecido.
- ☐ El hermano (biológico o legalmente adoptado) del paciente fallecido.
- ☐ El padre/la madre del paciente, y el paciente no tenía un cónyuge, hijo, nieto ni bisnieto supérstite al momento de fallecer.
- ☐ El albacea del patrimonio del paciente fallecido y tengo autoridad legal para actuar en nombre de este.
- ☐ El heredero y tengo autoridad legal para actuar en su nombre.

Comprendo que debo presentar lo siguiente:

- una copia certificada del certificado de defunción del difunto; y
- una copia de mi identificación (del solicitante) emitida por el Gobierno.

Firma del solicitante: _____

Este formulario, junto con la documentación solicitada, se debe enviar al centro, a la entidad o al consultorio de Catholic Health en el que se haya atendido por última vez el difunto (según su leal saber y entender).

FOR CATHOLIC HEALTH USE ONLY

Date Request Received: _____ Facility/Entity Name: _____

MRN: _____

HBG 33650SP (3/26/25) 1.1