New Jersey Department of Health and Senior Services
Bureau of Vital Statistics and Registration
El Departamento de Salud y Servicios a Envejecientes de New Jersey
Registros Civiles y Estadisticas Vitales

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF CAUSE OF DEATH
AUTORIZACIÓN PARA LA EMISIÓN DE CAUSA DE MUERTE

I /(Yo), _____ , _____ ,
(Name of Person Authorizing Release) *(Relationship to Decedent)*
(Nombre de la Persona Autorizando la Emisión) *(Relación al Fallecido)*

hereby authorize the issuance of a *(select one)*: ☐ Certified Copy -OR- ☐ Certification
por la presente autorizo la emisión de (seleccione una): *Copia Certificada* *-O-* *Certificación*

of the death record of
(del registro de muerte de) _____
(Name of Decedent) / (Nombre del Fallecido)

disclosing the cause of death section to
(proveyendo la sección de causa de muerte a) _____ .
(Name of Person Receiving Certified Copy or Certification Containing the Cause of Death)
(Nombre de la persona que recibirá la Copia Certificada ó la Certificación que contiene la Causa de Muerte)

I certify that the above information, supplied by me, is true. I am aware that I am subject to punishment if I have falsely supplied the above information.
(Yo certifico que la información, proveída por mí, es verdadera. Estoy consiente que puedo ser castigado si la información proveída en la parte de arriba es falsa.)

_____
(Signature of Person Authorizing Release)
(Firma de la Persona Autorizando la Emisión)

_____
(Date) / (Fecha)

_____
(Signature of Notary Public) / (Firma de Notario Público)

(Seal of Notary Public)

INSTRUCTIONS

Regulations adopted in the New Jersey Register (8:2A-2.1 et seq.) on November 7, 2005 require that death certificates showing the medical cause of death may be issued only to individuals related to the decedent as follows, when the person produces documentation verifying that he/she is:
(Regulaciones adoptadas por el Registro del estado de New Jersey (8:2A-2.1 et seq.) el 7 de Noviembre de 2005 requiere que los certificados de defunción que proveen la causa medica de muerte se emitan unicamente a los individuos con relación cercana al fallecido de la siguiente manera, cuando esta persona provee documentación verificando que el/ella es uno de los siguientes:)

1. the parent of the subject of the death record / *(Padre/Madre del sujeto en el registro de muerte)*;
2. the subject's legal guardian or legal representative / *(guardian legal ó representante legal del sujeto)*;
3. the subject's spouse, civil union partner, or domestic partner / *(conyuge, conyuge civil, ó pareja dómestica del sujeto*);
4. the subject's child, grandchild or sibling, if of legal age / *(hijo(a), nieto(a) ó hermano(a) del sujeto si de edad legal)*;
5. a State or Federal agency requesting the record for official purposes / *(agencia Estatal ó Federal solicitando el registro con propósitos oficiales)*;
6. a person requesting the record pursuant to a court order; or / *(persona solicitando el registro en conforme a una orden judicial; ó)*
7. a person requesting the record under emergent circumstances, as determined on a case-by-case basis by the Commissioner. / *(persona solicitando el registro por circustancias inesperadas, cual se determinará caso por caso por el Comisionado.)*