

--- YHD USE Only ---

Receipt # \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Initials \_\_\_\_\_



**YAKIMA HEALTH DISTRICT**

(Distrito de Salud de Yakima)

1210 Ahtanum Ridge Drive, Union Gap, WA 98903

(509) 575-4040

on the web: [www.yakimapublichealth.org](http://www.yakimapublichealth.org)

**REQUEST FOR MEDICAL RECORDS SEARCH**  
(Solicitud de Busca de Expediente Médico)

**Instructions:** Submit (1) completed form (2) copy of a valid picture ID for requester and (3) records search fee (check or money order made payable to the YHD) via mail or in person at the address above. Forms submitted without ID or payment will not be processed.

**Instrucciones:** Someter (1) forma terminada (2) Identificación con foto de persona solicitando la forma (3) costo de búsqueda de expedientes (money order o cheque hecha pagadera al YHD) envíe por correo o traiga en persona a la dirección arriba. Las formas sometidas sin la identificación o el pago no serán procesadas.

**Date of request** \_\_\_\_\_  
(Fecha de la solicitud)

**RECORDS RESEARCH MAY TAKE UP TO 10 WORKING DAYS**  
(La búsqueda del expediente puede llevar hasta 10 días de trabajo)

**Type of request** (Tipo de solicitud):

**Immunization Records** - \$10 per search  
(Expediente de inmunizaciones - \$10 por búsqueda)

**Tuberculosis (TB) Records** - \$20 per search  
(Expediente de tuberculosis - \$10 por búsqueda)

**Delivery Options** (opciones de la entrega):

**Hold for pickup** (recoger en persona)

**Someone else to pickup** (Otra persona para recoger)

**Mail to address below**  
(enviar por correo a la dirección a bajo)

**\*YHD has no other records\*** \*(YHD no tiene otros expedientes)\*

**Patient Information** (*información de paciente*)

**Last Name** (at the time of service) \_\_\_\_\_  
(Apellido del paciente en la época del servicio)

**First Name** \_\_\_\_\_  
(Primer nombre)

**M.I.** \_\_\_\_\_  
(Inicial)

**Date of birth** \_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento)

**Requestor Information** (*información de solicitante*)

**Last Name** \_\_\_\_\_  
(Apellido)

**First Name** \_\_\_\_\_  
(Primer nombre)

**M.I.** \_\_\_\_\_  
(Inicial)

**Mailing Address** \_\_\_\_\_  
(Dirección)

**City** \_\_\_\_\_  
(Ciudad)

**State** \_\_\_\_\_  
(Estado)

**Zip** \_\_\_\_\_  
(Código)

**Phone** \_\_\_\_\_  
(Número de teléfono)

**Relationship to patient:**  
(Parentesco al paciente)

**Self**  
(Usted mismo)

**Parent**  
(Padre)

**Guardian\***  
(Tutor\*)

**Medical Power of Attorney\***  
(Poder legal médico)

**\*Written Proof of Guardianship or Medical Power of Attorney must be submitted along with picture identification.**

**\*(La prueba escrita de la tutela o de poder procurador medico se debe someter junto con la identificación con foto).**

**Information of other person to pick up** (Información de la otra persona para recoger):

**Last Name** \_\_\_\_\_  
(Apellido)

**First Name** \_\_\_\_\_  
(Primer nombre)

**M.I.** \_\_\_\_\_  
(Inicial)

**Requestor Certification** (*certificación del solicitante*)

By signing below, you hereby certify that you are legally entitled to copies of the records requested above.

(Firmando abajo, certificas que tienes el derecho legalmente a las copias de los expedientes solicitados arriba).

**Signature of Requestor** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_

**THIS PAGE FOR YHD USE ONLY!**



**YAKIMA HEALTH DISTRICT**

(Distrito de Salud de Yakima)

1210 Ahtanum Ridge Drive, Union Gap, WA 98903

(509) 575-4040

on the web: [www.yakimapublichealth.org](http://www.yakimapublichealth.org)

**Medical Records Search**

Request researched by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

YHD Staff Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Medical Records Search**

Release Date \_\_\_\_\_

Released to \_\_\_\_\_

Identification\* \_\_\_\_\_

\*ATTACH COPY OF IDENTIFICATION DOCUMENTS TO THIS REQUEST