

--- 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 or 1-800-535-5016

### REQUEST FOR MEDICAL RECORDS SEARCH (Solicitud de Busca de Expediente Medico)

**Instructions:** Submit (1) completed form (2) copy of a valid picture ID for requestor 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** - \$10.00 per search  
(Expediente de Inmunizaciones - \$10 por búsqueda)
- Medical Records – TB, STDs, Other** (Expediente Medico)

Per Search (por búsqueda)	Additional Pages (Las páginas adicionales)	
	1-30	31+
\$20.00 (includes 2 pages) \$20.00 (incluye 2 páginas copiadas)	\$0.88 per page (\$0.88 por página)	\$0.67 per page (\$0.67 por página)

#### Delivery Options:

(opciones de la entrega)

- Hold for pickup**  
(recoger en persona)
- Mail to address below**  
(mandar por correo a la dirección a bajo)

#### Patient Information (información de paciente)

Last Name (at time of service) \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_  
(Apellido del paciente en la época del servicio) (Primer nombre) (inicial)

Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento del Paciente) (Numero de Seguro Social del Paciente)

Year of Service: \_\_\_\_\_ Service Location:  Yakima  Sunnyside  Toppenish  
(Año que recibió el servicio) (Localización de Servicio)

#### Requestor Information (información de solicitante)

Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (inicial)

Mailing Address \_\_\_\_\_  
(dirección)

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
(ciudad) (estado) (Código postal) (número de teléfono)

Relationship to patient:  Self  Parent  Guardian\*  Medical Power of Attorney\*  
(Parentesco al Paciente) (Si Mismo) (Padre) (Guardian\*) (Poder procurativo medico\*)

\* 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.)

#### 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

**Medical Records Search**

Request Researched by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Disclosure Form:  Needed  Not Needed

Fee Waived by \_\_\_\_\_

Reason \_\_\_\_\_

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

**Release of Information Disclosure**

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

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

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

\*ATTACH COPY OF IDENTIFICATION DOCUMENTS TO THIS REQUEST