



Community Health Nursing

608 Oakland Avenue  
Elkhart, IN 46516-2116  
(574) 523-2127  
Fax: (574) 522-2192  
Website: [www.elkhartcountyhealth.org](http://www.elkhartcountyhealth.org)



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

Daniel A. Nafziger, MD MS  
Health Officer

**REQUEST FOR INFORMATION  
SOLICITUD DE INFORMACION**

I request that a copy of the medical record(s) of my child or myself be released to me or the individual I designate.

Solicito recibir el registro de inmunización/viaje/plomo concerniente a mi hijo/ mio o a quien he designado.

**Child/Client's Name(s)/Nombre/Cliente(s)**                      **Birthday/ Fecha de Nacimiento**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Send the record to the following address:

We will send or fax the record(s) to your physician if you would prefer.

Mande Los registros a la dirección siguiente.

Se UD. Prefiere se enviaran/fax las registros a su doctor o a la escuela del niño/a.

\_\_\_\_\_  
Name/Nombre

\_\_\_\_\_  
Street Address/Dirección

\_\_\_\_\_  
Telephone/Teléfono

\_\_\_\_\_  
City/Ciudad      State/Estado      Zip/Código

\_\_\_\_\_  
Fax #

**Please Note:** Your request will be honored as soon as possible, please allow 5 to 7 working days from the date of the request to receive the information in the mail. A fee will be charged for copies.

**NOTA:** Su pedida será atendido lo más pronto posible. Por favor permite 5-7 días el recibo de la información por correo. Cobramos para las copias.

**Signature/Firma** \_\_\_\_\_ **Date/Fecha** \_\_\_\_\_

*Relationship to child/client/ Relación al Niño/a/cliente* \_\_\_\_\_

Guardian will be asked to show proof of guardianship. Adults 18 and over who are not the parent will need written permission of the parent.

Guardián tiene que tener pruebas de guardián. Adultos 18 años y más quien no son los padres, tienen que tener permiso escrito de los padres.

This has been explained to me in my own language

**FOR OFFICE USE ONLY**

**Record given/sent to client** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Client Paid** \_\_\_\_\_

**Staff Initials** \_\_\_\_\_