

Regulaciones estatales y federales referentes a la divulgación de archivos médicos:

- Ley de Confidencialidad de la Información Médica de California de 1979 (CMIA, por sus siglas en inglés), Sección 56 del Código Civil y subsiguientes.
- Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de la Información de Salud de 2003 [HIPAA, por sus siglas en inglés) 45 C.F.R. (Código de Regulaciones Federales) 164.500 y subsiguientes.
- Oficina de Derechos Civiles [OCR, por sus siglas en inglés].

INFORMACIÓN DE CONTACTO

TELÉFONO: (714) 771-8167

DIRECCIÓN:

Health Information Management
Release of Information
St. Joseph Hospital Orange
1100 West Stewart Drive
Orange, CA 92868

SITIO WEB:

- Mission Hospital,
CHOC Children's at Mission
Hospital and
Mission Hospital Laguna
Beach
mission4health.com
- St. Joseph Hospital Orange
sjo.org
- St. Jude Medical Center
stjudemedicalcenter.org

Una vez que haya ingresado al sitio web vaya a:

- PACIENTES Y VISITANTES
- Para Pacientes
- Archivos Médicos

St. Joseph Health 
Mission • St. Joseph • St. Jude
A member of the St. Joseph Hoag Health alliance

Cómo Obtener Copias de su Archivo Médico



St. Joseph Health SM
Mission • St. Joseph • St. Jude
A member of the St. Joseph Hoag Health alliance

Cómo presentar una solicitud a la Gerencia de Información de Salud:

MISSION HOSPITAL

TELÉFONO: (714) 771-8206

FAX: (714) 744-8679

CORREO ELECTRÓNICO:

SMMROI@stjoe.org

ST. JOSEPH HOSPITAL

TELÉFONO: (714) 771-8167

FAX: (714) 771-8965

CORREO ELECTRÓNICO:

SJMROI@stjoe.org

ST. JUDE MEDICAL CENTER

TELÉFONO: (714) 771-8202

FAX: (714) 744-8785

CORREO ELECTRÓNICO:

SFMROI@stjoe.org

Dirección de correo en los EE. UU. , o en persona:

Health Information Management
St. Joseph Hospital Orange
1100 West Stewart Drive
Orange, CA 92868

Si usted (o su representante legal) necesita un archivo médico, sírvase presentar una solicitud por escrito llena, firmada y fechada. O puede usar el formulario *Autorización para usar la revelación de la información de salud*.

Para solicitar este formulario y en caso de circunstancias especiales, por favor, vaya a cualquiera de los sitios del internet del hospital indicado al reverso de este folleto, o llame directamente a HIM al **(714) 771-8167**.

Una solicitud válida y por escrito debe incluir lo siguiente:

- Nombre del paciente
- Fecha de nacimiento del paciente
- Nombre del hospital que revela la información.
- Dónde y a quién se debe revelar la información, incluyendo el nombre, la dirección, el número de teléfono y el correo electrónico o fax.
- Qué información se debe revelar, incluyendo las fechas de servicio.
- Razón de la solicitud: cuidados de seguimiento, solicitud del paciente, etc.
- Documento fechado y firmado por el paciente o su representante legal
- Número de teléfono del paciente o de su representante legal, en caso existan preguntas relacionadas con la revelación.

Cargos por copias de archivos médicos

No hay cargos por lo siguiente:

- Archivos enviados por fax/ correo al médico del paciente para la continuidad del cuidado.
- Información pertinente solicitada por el paciente/ representante legal del paciente [resumen del alta, imágenes, laboratorio, historial y examen físico]
- Tiempo de respuesta: Dentro de las 24 horas del siguiente día hábil, con una solicitud válida.

Se podrían aplicar cargos por lo siguiente:

- Solicitud de información mayor a la pertinente, por ej. todo el archivo médico.
- El tiempo de respuesta para todo el archivo médico es de 5 a 7 días hábiles, con una solicitud válida.

Las copias pueden ser proporcionadas por correo electrónico, FAX, impresas o en disco compacto.