AVISO DE PRIVACIDAD

AUTORIZACION PARA OTORGAR INFORMACION PERSONAL DE ACUERDO A LA LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

GRUPO MEDICO QUIRURGICO así como el personal que colabora en su atención, ubicado en CONSULTORIO XXX, con domicilio en XXXXXXXXXXXXX XXXX XXXXX XXXXXXX XXXX, país México, no solo porque somos responsables de su atención, del uso, resguardo y protección sus datos personales, hacemos de su conocimiento lo siguiente:

¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?
Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio que solicita:

- Creación, estudio, análisis, actualización y conservación de su expediente clínico
- Prestación de servicios médico-quirúrgicos ya sea en consultorio, domicilio, hospital, incluyendo sin limitar de ser necesario: hospitalización, cirugía, estudios diagnósticos, atención de enfermería, análisis de laboratorio, radiología e imagen, estudios y análisis patológicos, terapia intensiva, rehabilitación, dieta y nutrición, seguros de gastos médicos y demás fines relacionados con la salud.
- Conservación de registros, prestación de servicios en el futuro y en general para dar seguimiento a la atención de usted como paciente.
- Emisión de recibos y cobranza por los servicios prestados.

De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades secundarias que no son necesarias para el servicio solicitado, pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención:

- Estudios, registros, estadística y análisis de información en salud.
- Fines académicos en el ·ámbito de la medicina y las ciencias de la salud.
- Promoción de los servicios e información para la salud.

En caso de que no desee que sus datos personales se utilicen para estos fines secundarios, indíquelo a continuación:
No consiento que mis datos personales se utilicen para los siguientes fines:
[ ] Estudios, registros, estadística y análisis de información en salud.
[ ] Fines académicos en el ámbito de la medicina y las ciencias de la salud.
[ ] Promoción de los servicios e información para la salud.

La negativa para el uso de sus datos personales para estas finalidades no podrá ser un motivo para que le neguemos los servicios y productos que solicita o contrata con nosotros.

¿Qué datos personales utilizaremos para estos fines?
Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente aviso de privacidad, utilizaremos los siguientes datos personales:

- Datos de identificación y de contacto
- Firma autógrafa al calce del aviso de privacidad
- Fotografías clínicas en caso de requerirlas y previa autorización
- Antropometría (Peso y Estatura)
- Cicatrices quirúrgicas
- Tipo de sangre
- Puesto o cargo que desempeña
- Trayectoria educativa o escolaridad
- Información fiscal
- Seguros
- Recomendación por:

Además de los datos personales mencionados anteriormente, para las finalidades informadas en el presente aviso de privacidad, nuestro personal recabará algunos datos personales considerados como sensibles, que requieren de especial protección y están relacionados con su estado de salud, antecedentes e historial clínico, información sobre algunos aspectos de modo de vida relacionados a su salud, los datos encontrados en su exploración física y otros necesarios o convenientes para los fines de atención que se pretende.

- Estado de salud físico presente, pasado o futuro
- Estado de salud mental presente, pasado o futuro
- Información genética sólo en caso de requerirlo en atención a su problema médico
- Prácticas o hábitos sexuales que tengan importancia y relación exclusiva con su padecimiento
- Pertenencia a un pueblo, etnia o región, sólo con fines de enfermedades asociadas o endémicas
- Religión que profesa, sólo con fines de enfermedades asociadas y respeto a su creencia
- Historial de Salud Mental y Familiar

Sus datos personales sensibles arriba señalados serán mantenidos y tratados con seguridad y confidencialidad exclusivamente para los fines relacionados con la prestación de servicios de salud conforme a este aviso de privacidad y a la legislación, reglamentos y normativa aplicables.

¿Con quien compartimos su información personal y para qué fines?
Le informamos que sus datos personales son compartidos dentro y fuera del país con las siguientes personas, empresas, organizaciones o autoridades distintas a nosotros a quien que se considere necesario o conveniente comunicar sus datos personales para su atención y beneficio, con los siguientes fines:

Destinatario de los datos personales	Finalidad	Requiere del consentimiento
Secretaría de Salud del Distrito Federal	Para el cumplimiento de las obligaciones sanitarias que nos impone la Ley [...]	Sí
Hospitales, clínicas o sanatorios	Información de diagnóstico para expediente médico en caso de ameritarlo	Sí
Aseguradoras	Informes médicos para autorizaciones de tratamiento por parte de su compañía aseguradora y de acuerdo al caso, para realizar los trámites correspondientes para la intervención del seguro.	Sí
Laboratorios	Análisis de laboratorios	No
Centros de investigación	Estudios que cumplan con la normatividad internacional de investigación y aprobación absoluta de su parte bajo estricto apego a las buena prácticas médicas y éticas.	Sí
Médicos prestadores de salud interconsultantes	Para el bienestar compartido de su salud	No
Profesionales de la salud interconsultantes	Para el bienestar y atención compartido de su salud	No
Su Banco	En su caso, para realizar el cobro de nuestros servicios con tarjeta de crédito.	Sí
Secretaría de Hacienda	Para la elaboración de la factura correspondiente por los servicios otorgados	No
	Por orden de autoridad judicial en su caso	No

Con relación a las transferencias que requieren de su consentimiento, si usted a continuación nos manifiesta su negativa para que estas ocurran, entenderemos que nos lo ha otorgado.

No autorizo que se lleven a cabo las siguientes transferencias de mis datos personales:

Destinatario de los datos personales	Finalidad	Seleccione
Secretaría de Salud del Distrito Federal	Para el cumplimiento de las obligaciones sanitarias que nos impone la Ley [...]	
Hospitales, clínicas o sanatorios	Información de diagnóstico para expediente médico	
Aseguradoras	Informes médicos para autorizaciones de tratamiento por parte de su compañía aseguradora	
Centros de investigación	Estudios	
Su Banco	En su caso, para realizar el cobro de nuestros servicios con tarjeta de crédito.	

¿Como puede acceder, rectificar o cancelar sus datos personales, u oponerse a su uso?
Usted tiene derecho a conocer qué datos personales tenemos de usted, para qué los utilizamos y las condiciones del uso que les damos (Acceso). Asimismo, es su derecho solicitar la corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta (Rectificación); que la eliminemos de nuestros registros o bases de datos cuando considere que la misma no este· siendo utilizada adecuadamente (Cancelación); así como oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (Oposición). Estos derechos se conocen como derechos ARCO.

Para el ejercicio de cualquiera de los derechos ARCO, usted deber presentar la solicitud respectiva a través del siguiente medio:
Si usted desea limitar el uso de cualquiera de sus datos, nos lo pueda indicar por escrito al calce de este aviso especificando las limitaciones que desee de acuerdo a lo estipulado en los párrafos anteriores, asumiendo los posibles perjuicios que estas limitantes podrían acarrear en su atención.

Para conocer el procedimiento y requisitos para el ejercicio de los derechos ARCO, ponemos a su disposición el siguiente medio:
Si tiene alguna duda, no deje de preguntarnos y con gusto atenderemos sus requerimientos sobre información. En cualquier momento puede solicitar la revocación de este consentimiento otorgado para tratar sus datos personales haciendo una solicitud por escrito dirigida a nosotros.

Los datos de contacto de la persona o departamento de datos personales, que este· a cargo de dar trámite a las solicitudes de derechos ARCO, son los siguientes:

a) Nombre de la persona o departamento de datos personales: CONSULTORIO XXX
b) Domicilio:
c) Números telefónicos:
d) Otro dato de contacto:

Usted puede revocar su consentimiento para el uso de sus datos personales
Usted puede revocar el consentimiento que, en su caso, nos haya otorgado para el tratamiento de sus datos personales. Sin embargo, es importante que tenga en cuenta que no en todos los casos podremos atender su solicitud o concluir el uso de forma inmediata, ya que es posible que por alguna obligación legal requiramos seguir tratando sus datos personales. Asimismo, usted deberá considerar que para ciertos fines, la revocación de su consentimiento implicará que no le podamos seguir prestando el servicio que nos solicitó, o la conclusión de su relación con nosotros.

Si desea revocar su consentimiento deberá presentar de forma escrita la solicitud de revocación de este consentimiento otorgado para tratar sus datos personales, o indicarnos por escrito al calce de este aviso de privacidad si desea limitar el uso de cualquiera de sus datos.

¿Como puede conocer los cambios en este aviso de privacidad?
El presente Aviso de Privacidad podrá ser modificado en cualquier momento para cumplir con actualizaciones legislativas, jurisprudenciales, políticas internas, nuevos requisitos para la prestación de servicios médicos o cualquier otra causa justificada.

Nos comprometemos a mantenerlo informado sobre los cambios que pueda sufrir el presente aviso de privacidad, que podrá ser revisado directamente en el consultorio.

Declaro bajo protesta de decir verdad que he leído en su totalidad este Aviso de Privacidad y entiendo plenamente su alcance y contenido.

Por medio del presente otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales, incluso los datos sensibles, de acuerdo a este aviso de privacidad que exige la ley.

Nombre Completo del Titular o Representante Legal

_____

Firma _____

Fecha _____