

AVISO DE PRIVACIDAD PARA EL USO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DE LOS PACIENTES

Fecha: _____ Hora: _____

De conformidad con lo dispuesto por los artículos 15 y 16 de la Ley Federal de Protección de datos personales en posesión de los particulares (LFPDPPP) se hace del conocimiento el presente **Aviso de Privacidad** para los pacientes, padres o tutores legalmente autorizados. Y se hace de su conocimiento el **Dr. Manuel Eduardo Cervantes Torillo y/o MANEDIC**.

Con domicilio en Avenida Emiliano Zapata #207, Santa Ursula Texcoco, Edo. de México.

Email: info@manedic.com. Es responsable de recabar datos personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección, sus datos personales serán utilizados para integrar su expediente clínico y proveer servicios médicos integrales.

Para las finalidades antes mencionadas, requerimos obtener los siguientes datos personales:

- Nombre completo de acuerdo a su identificación oficial.
- Registro Federal de contribuyentes
- Teléfono fijo, celular, correo electrónico
- Domicilio
- Firma autógrafa
- Tipo de sangre
- Estado de salud física presente, pasado y futuro

A) Sobre el tratamiento de los datos personales de los pacientes

Se recaban datos personales, que por sus características se consideran sensibles, para los efectos mencionados en el presente Aviso de Privacidad. Estos datos personales serán tratados y resguardados con base en los principios de licitud, calidad, consentimiento, información finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad consagrada en la Ley Federal de Protección de datos personales en posesión de los particulares. Los datos personales proporcionados serán resguardados bajo estrictas medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas, las cuales han sido implementadas con el objeto de proteger sus datos personales contra daño, pérdida, alteración, destrucción o uso, acceso o tratamientos no autorizados.

B) Finalidad en el Tratamiento de los datos personales

Se recopilan los datos personales, con el objeto de utilizarlos para los siguientes fines, por lo que solicitamos su consentimiento a través del presente Aviso de Privacidad:

I.- Presentación de servicios médicos, incluyendo sin limitar, a) consulta médica, b) tratamiento en hospitalización, c) estudios diagnósticos, d) servicios de tratamiento y e) demás fines relacionados con el servicio de la salud.

II.- Creación, estudio, análisis, actualización y conservación del expediente clínico.

III.- Facturación y cobranza de los servicios prestados.

IV.- Estudios, registros, estadísticas y análisis, actualización y conservación del expediente clínico.

V.- Análisis estadísticos y de mercado.

VI.- Seguimiento a los servicios prestados, prestación de servicios futuros, comunicación de información relevante y servicios ofertados.

VII.- Para estudios epidemiológicos, análisis, estadística, registro o cualquier otro fin que las autoridades competentes requieran.

C) Transferencia

Se hace su conocimiento NO transferimos información personal a terceros.

D) Medios para limitar el uso de divulgación de los datos personales.

Para la limitación en el uso de los datos personales proporcionados, favor de hacerlo saber por escrito, físico o electrónico, al domicilio o correo electrónico arriba señalado.

E) Medios para ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición.

Para hacer valer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los datos personales proporcionados, favor de hacerlo saber por escrito, o electrónico, al domicilio o correo electrónico arriba señalado.

F) Notificación de cambios al aviso de privacidad.

Cualquier cambio al presente aviso de privacidad será notificado por el responsable, por los medios físicos o electrónicos pertinentes.

NOMBRE Y FIRMA DE ENTERADO DEL PACIENTE LEGAL

CARÁTULA DE EXPEDIENTE CLÍNICO

NOMBRE			
NÚMERO SAI / NEO:			
EDAD:		FECHA DE NACIMIENTO:	
SEXO:			
ALERGIAS:			
TIPO DE SANGRE:			
FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO:			
OBSERVACIONES:			