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. (Nombre completo del médico y/o Institución Medica) _____

*(más las personas que se harán responsables)*_____

Con domicilio en_____

Email: _____

Es responsable de recabar sus 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
- Tipo de sangre
- Estado de salud físico 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 resguardos con base en los principios de licitud, calidad, consentimiento, información, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad consagrados 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 el 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.- Prestación 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 servicios de 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 de información en salud

V.- Análisis estadístico y de mercado

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

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

c) Transferencia

Se hace de su conocimiento no transferimos información personal a terceros.

d) Medios para limitar el uso o 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 señalados.

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, físico o electrónico, al domicilio o correo electrónico arriba señalados.

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.

Atentamente

_____

Paciente Nombre completo firma.

Dr. _____

Nombre completo y firma Ced. Prof.