****

Con fundamento en los artículos 1°, 2°, 8°, 9°, 12°, 16° y demás relativos aplicables de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su reglamento, a continuación hacemos de su conocimiento el siguiente

**A V I S O D E P R I V A C I D A D**

El que suscribe **DRA. KARLA PATRICIA LOPEZ DORANTES**, con domicilio en **Apolo XI  No.101   Esq Manantial  Colonia Futurama,** en mi carácter de médico tratante y responsable de la información, hago de su conocimiento que me comprometo a que los datos personales proporcionados al de la voz serán tratados bajo medidas de seguridad adecuadas, siempre garantizando su confidencialidad. Dichos datos tienen como finalidad principal el integrar debidamente el expediente clínico que le corresponde con fundamento en lo que dispone la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012, ya que dicho documento constituye un conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables. Recabamos sus datos personales de forma directa cuando usted mismo nos los proporciona por diversos medios, como cuando nos da información con motivo de una consulta médica. Otros motivos por los que serán utilizados sus datos personales son los que se enuncian a continuación:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Prestación de servicios médicos, incluyendo entre otros: i) consultas, ii) estudios diagnósticos, y iii) demás fines relacionados con servicios de salud. 2. Creación, estudio, análisis, actualización y conservación del expediente clínico. 3. Facturación y cobranza por servicios.4. Estudios, registros, estadísticas y análisis de información de salud.5. Conservación de registros para seguimiento a servicios, prestación de servicios en el futuro y en general para dar seguimiento a cualquier relación contractual.6. Análisis estadísticos y de mercado.7. Comunicación de información relevante y servicios.Le informamos que algunos de los datos personales recabados en los términos del presente aviso, tienen el carácter de sensibles y por lo tanto, nos comprometemos a que los mismos serán tratados de igual manera bajo las medidas de seguridad correspondientes, siempre garantizando su confidencialidad, por lo tanto es necesario que manifieste que en este acto otorga consentimiento y autorización para que sus datos personales en general (incluyendo los sensibles) sean tratados conforme a los términos y condiciones del presente aviso de privacidad. En todo momento usted podrá revocar el consentimiento que nos ha otorgado para el tratamiento de sus datos personales, a fin de que dejemos de hacer uso de los mismos. Usted tiene el derecho de acceder a los datos personales que poseemos y a los detalles del tratamiento de los mismos, así como a rectificarlos en caso de ser inexactos o instruirnos cancelarlos cuando considere que resulten ser excesivos o innecesarios para las finalidades que justificaron su obtención u oponerse al tratamiento de los mismos para fines específicos. Sus datos personales pueden ser transferidos y tratados por personas distintas al que suscribe, en ese sentido, su información puede ser compartida con otros profesionales de la salud y /o médicos especialistas que en su momento sean requeridos como interconsultantes para brindarle una atención médica oportuna y de calidad.Si usted no manifiesta su oposición para que sus datos personales sean transferidos, se entenderá que ha otorgado su consentimiento para ello. Manifiesto que entiendo todo lo anteriormente explicado y firmo al calce para los efectos legales a los que haya lugar, sin que exista o medie coacción física y/o psicológica alguna.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

|  |
| --- |
|  |

 |