

## **AVISO DE PRIVACIDAD PARA PACIENTES**

### **Identidad y domicilio del Responsable**

El Responsable de los datos personales que usted proporciona es Oscar Eduardo Flores Woods (en adelante EL MÉDICO), con domicilio ubicado en Josefa Ortiz de Domínguez 475, Culiacán, Sinaloa.

### **Datos personales y datos personales sensibles tratados por EL MÉDICO**

EL MÉDICO para cumplir con las finalidades previstas en este Aviso de Privacidad tratará datos personales de identificación, incluyendo su imagen personal a través de fotografías y/o videos, datos personales de contacto, datos personales patrimoniales y/o financieros, incluyendo información relacionada con el seguro de gastos médicos que tenga contratado; datos personales laborales y datos personales académicos.

Asimismo, le informamos que para cumplir con las finalidades descritas en este aviso de privacidad se tratarán los siguientes datos personales sensibles, que requieren de especial protección: datos de identificación como nombre, fecha de nacimiento, género, nacionalidad, domicilio, número de teléfono, dirección de correo electrónico, número de identificación personal, así como datos personales referentes a su estado de salud presente y futuro, factores psicológicos, padecimientos pasados, presentes y antecedentes hereditarios. También, en caso de aplicar, se podrá tratar información referente a conductas que usted haya realizado y tengan una relación directa con alguna posible enfermedad y/o contingencia de salud. Le informamos que el tratamiento de dichos datos es necesario para cumplir las obligaciones derivadas de la relación jurídica entre usted y EL MÉDICO razón por la cual su consentimiento se encuentra exceptuado en términos del artículo 10 fracción IV de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en adelante LFPDPPP).

- Datos de identificación: Nombre completo, fecha de nacimiento, género, nacionalidad, domicilio, número de teléfono, dirección de correo electrónico, número de identificación oficial.
- Datos de salud: Antecedentes médicos, resultados de exámenes clínicos, diagnósticos, tratamiento médico previo, imágenes médicas, fotografías pre y postoperatorias.

Por otro lado, le informamos que EL MÉDICO recabará y tratará las siguientes categorías de datos personales: de identificación, de contacto y patrimoniales y/o financieros de familiares y/o terceros, que usted designe como responsables y con quienes podríamos comunicarnos en caso de emergencia para cumplir con las finalidades primarias y necesarias para la relación jurídica establecida con usted. De este modo, al proporcionar los datos personales necesarios relacionados con sus familiares y/o terceros usted reconoce tener el consentimiento de éstos para que EL MÉDICO trate éstos para cumplir con las finalidades primarias y necesarias señaladas en el presente Aviso.

### **Finalidades primarias**

- Registrarle e identificarle como paciente de EL MÉDICO;
- Brindarle la atención médica que requiera de acuerdo a su estado de salud actual y futuro;
- Integrar su historia clínica o expediente clínico y conservarlo de conformidad con la normatividad aplicable en materia de salud;
- Dar a conocer su estado de salud a quien usted designe como responsable durante la prestación del servicio médico;
- Contactar a sus familiares y/o terceros autorizados en caso de emergencia y/o para dar seguimiento a su condición clínica;
- Gestionar pagos derivados de los servicios prestados;
- Atender contingencias de salud y/o colaborar con autoridades competentes en la atención de éstas;
- Hacer efectivas las coberturas de seguros que tenga contratadas con empresas aseguradoras;
- Gestionar procesos de cobranza y facturación;

- Cumplir con las obligaciones previstas en la normatividad aplicable en materia de salud, así como con los requerimientos de autoridades competentes en los casos legalmente previstos, así como las derivadas de las contingencias de salud.

Le informamos que usted no puede oponerse para que EL MÉDICO cese el tratamiento de sus datos para las finalidades primarias y necesarias, anteriormente mencionadas, en virtud de que el tratamiento es necesario para cumplir obligaciones derivadas de la relación entre usted y EL MÉDICO.

### Finalidades secundarias

Además, si usted no se opone, EL MÉDICO tratará sus datos personales para las siguientes finalidades adicionales que no son necesarias para el servicio solicitado, pero que permiten y facilitan brindarle una mejor atención:

- Para realizar encuestas y evaluaciones de seguimiento y mejora de procesos de atención;
- Para fines académicos, de investigación clínica y generación de tesis;
- Para fines publicitarios y de campañas financieras;

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para alguna o todas las finalidades adicionales, desde este momento usted nos puede comunicar lo anterior al correo oscar\_flores09@hotmail.com.

La negativa para el uso de sus datos personales para fines adicionales no podrá ser un motivo para negarle los servicios o productos que contrata o solicita ni para dar por terminada la relación establecida con nosotros.

### Transferencias

EL MÉDICO para cumplir las finalidades necesarias anteriormente descritas u otras aquellas exigidas legalmente o por las autoridades competentes transferirá los datos personales necesarios a las siguientes organizaciones y para los siguientes fines:

<b>Tercero receptor de los datos personales</b>	<b>Finalidad</b>	<b>Consentimiento</b>
Autoridades en materia de salud y/o otras autoridades competentes en términos legales.	Cumplir con las disposiciones de la Ley General de Salud, Normas Oficiales Mexicanas y demás normatividad aplicable, así como para realizar actividades de cooperación en caso de que exista una contingencia de salud.	No necesario*
Compañías Aseguradoras	Pago de servicios obtenidos y hacer efectivos las coberturas aplicables.	No necesario*
Terceros pagadores	Pago de servicios obtenidos.	No necesario*
Médicos Interconsultantes	Brindar atención médica.	No necesario*

\* Conforme el artículo 37 de la LFPDPPP no resulta necesario recabar el consentimiento del paciente para realizar la transferencia de datos para los fines y a las personas mencionadas.

### Derechos ARCO y/o revocación del consentimiento

Usted o su representante legal podrá ejercer cualquiera de los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición ("Derechos ARCO"), así como revocar su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales enviando un correo electrónico a la dirección electrónica oscar\_flores09@hotmail.com.

Se le solicita que en dicho correo proporcione los siguientes datos:

1. Nombre del paciente y domicilio o correo electrónico u otro medio para comunicarle la respuesta a su solicitud;

2. Documento vigente que acredite su identidad (copia simple en formato impreso o formato digital, según el medio elegido de su credencial para votar, cédula profesional, pasaporte o VISA).
3. En caso de que el ejercicio se realice a través de un representante legal, se deberán adjuntar los documentos con los que se acredita la representación legal del paciente (copia simple en formato impreso o electrónico de la carta poder simple con firma autógrafa del Titular, el mandatario y sus correspondientes identificaciones oficiales vigentes – credencial de para votar, cédula profesional, pasaporte o VISA);
4. El derecho o derechos ARCO que desea ejercer, así como la descripción clara y precisa de los datos respecto de los que busca ejercer alguno de los Derechos ARCO, y;
5. Opcionalmente, cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales del paciente.

En el caso de las solicitudes de rectificación de datos personales, usted deberá también indicar las modificaciones a realizarse y aportar la documentación que sustente su petición.

En caso de que la información proporcionada en su solicitud sea errónea o insuficiente, o bien, no se acompañen los documentos de acreditación correspondientes, podremos solicitarle, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud, que aporte los elementos o documentos necesarios para dar trámite a la misma. Usted contará con diez días hábiles para atender el requerimiento, contados a partir del día siguiente en que lo haya recibido. De no dar respuesta en dicho plazo, se tendrá por no presentada la solicitud correspondiente.

Para informarle sobre los procedimientos, requisitos y plazos para el ejercicio de sus Derechos ARCO, revocación del consentimiento y atender cualquier duda que pudiera tener respecto al tratamiento de su información, favor de acudir a Josefa Ortiz de Domínguez 475, Culiacán, Sinaloa o bien, ponerse en contacto a través del correo electrónico [oscar\\_flores09@hotmail.com](mailto:oscar_flores09@hotmail.com)

### **Limitación y/o Divulgación de sus datos**

EL MÉDICO deberá conservar los datos personales del paciente durante el tiempo que sea necesario para procesar sus solicitudes de información, productos y/o servicios, así como para mantener los registros contables, financieros y de auditoría en términos de la normativa en materia de protección de datos personales, así como de la legislación mercantil, fiscal y administrativa vigente.

Los datos personales recolectados se encontrarán protegidos por medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas adecuadas contra el daño, pérdida, alteración, destrucción o uso, acceso o tratamiento no autorizados, de conformidad con lo dispuesto en la legislación aplicable. No obstante lo señalado, EL MÉDICO no es infalible a un ataque por parte de terceros no autorizados para obtener acceso a los sistemas físicos o lógicos de los Titulares o del Responsable o en los documentos electrónicos y archivos almacenados en sus sistemas. En tal caso, EL MÉDICO realizará las acciones oportunas para controlar cualquier incidente, por lo que no será en ningún caso responsable de los daños y perjuicios que pudieran derivarse de dicho acceso no autorizado.

Usted podrá limitar el uso o divulgación de sus datos personales enviando su solicitud a [oscar\\_flores09@hotmail.com](mailto:oscar_flores09@hotmail.com). En caso de que su solicitud sea procedente se le registrará en el listado de exclusión de EL MÉDICO.

Asimismo, le asiste el derecho de inscribirse en el Registro Público para Evitar Publicidad (REPEP) de la PROFECO (<http://repep.profeco.gob.mx>)

### **Uso de cookies, web beacons y otras tecnologías similares**

Le informamos que en nuestra página de Internet no utilizamos cookies y otras tecnologías a través de las cuales sea posible monitorear su comportamiento como usuario de Internet.

### **Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI)**

En caso de considerarlo necesario, le informamos que tiene el derecho de acudir ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI) para hacer efectivos sus derechos.

## **Cambios al Aviso de Privacidad**

EL MÉDICO se reserva el derecho, bajo su exclusiva discreción, de cambiar, modificar, agregar o eliminar partes del presente Aviso de Privacidad en cualquier momento. Derivado de novedades legislativas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de nuestros servicios, el presente Aviso de Privacidad estará sujeto a modificaciones o actualizaciones. En tal caso, EL MÉDICO publicará dichas modificaciones en su consultorio ubicado en Josefa Ortiz de Domínguez 475, Culiacan, Sinaloa e indicará la fecha de última versión del aviso. Le recomendamos revisar periódicamente con la finalidad de informarse si ocurre algún cambio al presente.

## **Aceptación al Aviso de Privacidad**

Por medio del presente usted es consciente que EL MÉDICO trate sus datos personales para aquellas finalidades para las cuales es necesario su consentimiento, y reconoce que el presente Aviso de Privacidad fue puesto a disposición previo al tratamiento de sus datos personales. Asimismo, declara que ha informado a las personas de las cuales ha proporcionado datos personales, del tratamiento que el Responsable dará a los mismos y que cuenta con su autorización.

La persona que proporciona la información reconoce ser el titular de ésta, o bien reconoce tener el consentimiento necesario de la persona de quien proporciona la información debiendo sacar en paz y a salvo a EL MÉDICO en caso de cualquier reclamación por parte del titular de los datos personales.

Autorizo que mis datos personales, incluyendo los sensibles, sean tratados para las finalidades secundarias y transferencias señaladas con \*.

Última actualización: 11 de junio de 2024

---

**Nombre y Firma del PACIENTE**

**Culiacan, Sinaloa a 11 de junio del 2024**