
AVISO DE PRIVACIDAD

En cumplimiento a lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, hacemos de su conocimiento que los datos personales y datos personales sensibles que proporcione con motivo de la contratación de nuestros servicios se utilizarán para identificación, registro, prestación de servicios de atención médica-hospitalaria, prevención, diagnóstico, tratamientos médicos, estadística, gestión y cobro de servicios sanitarios, así como para dar cumplimiento a las obligaciones legales y requerimientos de las autoridades competentes. Para efectos de investigación y enseñanza el tratamiento de datos se llevará a cabo previa disociación de los mismos.

El uso y divulgación de los datos personales e información clínica serán protegidos y limitados en los términos dispuestos por la regulación que rige el actuar de los prestadores de servicios de salud y las relaciones contractuales que se establezcan entre ambas partes.

Cuando la regulación aplicable así lo permita, los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, podrán ejercerse a través de solicitud escrita presentada en el domicilio de nuestras instalaciones hospitalarias, de lunes a viernes en horario de 9:00 a 14:00 y de 16:00 a 17:00 horas, en días hábiles.

Conforme a la naturaleza de los servicios sanitarios, podremos transferir los datos personales y sensibles a los médicos y personal involucrado en la prestación de los servicios de asistencia sanitaria, así como a la compañía de seguros con quien tengan contratada su póliza de accidentes y/o enfermedades en los ramos de accidentes personales, gastos médicos y/o de salud, o a la institución de la que sea derechohabiente, así como a la autoridad competente, en términos de las disposiciones legales y contractuales correspondientes.

El presente aviso de privacidad está vigente a partir del 1º de febrero de 2017 y cualquier modificación al mismo podrá consultarse a través de nuestra página de internet y/o del aviso de privacidad que demos a conocer en nuestras propias instalaciones hospitalarias.

Lerma, Edo. de Méx., a _____ de _____ de 201____.

Nombre Completo y Firma del Paciente o Familiar Responsable