

# Aviso de Privacidad

## Acerca del Responsable

El Responsable (en adelante, su «Médico») dedicado a la prestación de servicios profesionales médicos, recaba sus datos personales como parte de una relación profesional. La captura y almacenamiento de sus datos personales se realiza por conducto de Editorial Multicolor, S.A. de C.V., la cual se desempeña en esta relación como prestador de almacenamiento de datos, en términos de la legislación aplicable. Así, el Responsable usará y custodiará dichos datos personales solamente de acuerdo a lo señalado en el presente aviso de privacidad, por lo que puede estar seguro de que los mismos no serán utilizados para ningún otro fin que no sea lo que a continuación se manifiesta.

## Datos que se recaban

Este Aviso de Privacidad se pone a su disposición con el fin de ofrecerle el mejor servicio y atención, así como dar cumplimiento a las disposiciones legales aplicables en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en adelante, «LFPDPPP»). Con el fin de prestarle sus servicios, el Responsable puede requerir de usted la siguiente información:

- Nombre del paciente.
- Teléfono.
- Dirección.
- Dirección de correo electrónico.
- Información de seguros.
- Antecedentes de vacunación.
- Antecedentes médico-familiares, personales patológicos, personales no patológicos.
- Resultados de exámenes de laboratorio y análisis.

Para efectos de la LFPDPPP y para facilitar el entendimiento de este aviso, definimos a continuación los siguientes términos:

- Responsable y/o Médico: su médico(a) y cualquier empleado de éste(a).
- Titular: es la persona física a quien corresponden los datos personales, quien proporcionará los datos por sí misma o a través de la persona que la representa.

## Finalidad de la Información

Su médico recaba sus datos personales para conocer su historial, antecedentes y/o cualesquiera condiciones médicas, a fin de poderle prestar la atención médica y servicios aptos para sus necesidades particulares.

Con estos datos, su médico:

1. Elabora un Expediente Clínico que facilite conocer detalladamente su historial y antecedentes médicos, así como cualesquiera condiciones particulares que se deban considerar al momento de realizar consultas, de emitir diagnósticos y/o pronósticos, de recomendar procedimientos

y/o tratamientos y, en caso de ser necesario, de referir al paciente a otro especialista/institución médica.

2. Podrá notificarle sobre citas programadas y/o próximas.
3. Podrá notificarle sobre el momento, frecuencia y cantidad en que debe tomar cualesquiera medicamentos que le sean recetados.
4. Contará con información médica precisa para atender emergencias, en caso de ser necesario, y de notificarlas a la persona que usted indique.
5. Cumplir lo requerido por la Ley.
6. Cumplir con los requerimientos de naturaleza legal que cualquier autoridad competente o cualquier legislación aplicable imponga a su médico(a).
7. Realizará informes/reportes para entregar a compañías aseguradoras a efecto de realizar trámites ante ella.

Su médico puede recabar y usar sus datos para hacerle llegar información y/o promociones que pudieran ser importantes para el cuidado de su salud.

Usted, como titular de los datos personales, tiene derecho a conocer qué datos personales tiene su médico(a) y para qué los utiliza. Asimismo, tiene derecho a corregir su información en caso de que esta sea inexacta, incompleta o se encuentre desactualizada. También, usted puede solicitar que estos se eliminen de nuestros registros, en caso de que sus datos no sean utilizados adecuadamente. Por último, tiene derecho a oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos, así como la limitación a la divulgación y la revocación al consentimiento. Estos derechos se conocen como derechos ARCO y usted, como titular de los datos personales, los puede ejercer en cualquier momento a través del proceso que establece la Ley y que a continuación se detalla:

Para ejercitar sus derechos ARCO, deberá formular una solicitud a través de los siguientes medios:

- Solicitud impresa: presentada personalmente en el domicilio de su médico(a) dirigida a (nombre del médico).
- Solicitud electrónica: enviada vía correo electrónico a la dirección (e-mail del médico).

Con el fin de que su médico esté en posibilidad de darle respuesta en el tiempo que señala la ley, todas las solicitudes de ejercicio de derechos ARCO deberán:

1. Especificar el(los) derecho(s) que desea hacer valer.
2. Especificar las razones para ejercitar dicho derecho.
3. Incluir una identificación oficial vigente del titular del derecho.

En caso de que no se cumpla alguno de los requisitos arriba descritos, su médico tendrá un plazo de cinco días naturales (contados a partir de la fecha en que haya recibido la solicitud) para requerirle por una sola vez que aporte los documentos y/o información necesarios para dar trámite a la solicitud. A partir de la fecha en que se realice este requerimiento, el titular contará con 10 días naturales para darle cumplimiento. En caso de no hacerlo dentro de dicho plazo, la solicitud de ejercicio de derechos ARCO se tendrá por no presentada. En caso de que la solicitud de ejercicio de derechos ARCO sí cumpla con los requisitos establecidos, su médico(a) tendrá un plazo máximo de 20 días naturales para comunicarle la determinación adoptada respecto a la solicitud. En caso de que la solicitud de ejercicio de derechos ARCO sea procedente, su médico(a)

(A)hará efectiva la determinación dentro de un plazo máximo de 15 días naturales contados a partir del día en que se notifique al titular la determinación descrita en el párrafo anterior, y (B) dará aviso al titular de que se ha dado cumplimiento a su solicitud.

### **Conservación de datos personales**

Su Médico conservará la información del titular por término indefinido, tanto para fines primarios y secundarios, como para dar cumplimiento a las disposiciones legales correspondientes. En el supuesto de que el titular de los derechos desee cambiar de médico deberá ejercer sus derechos ARCO para efecto de que su Médico le proporcione su expediente electrónico.

Si usted tiene alguna duda sobre el presente Aviso de Privacidad puede hacerla llegar a su Médico, quien es responsable de la privacidad de sus datos personales.

- Acepto que he leído y estoy de acuerdo con este Aviso de Privacidad.
- No deseo recibir información y/o promociones que puedan ser importantes para el cuidado de mi salud.

Firma del paciente