

## AVISO DE PRIVACIDAD

**DR. JOSÉ PRUNEDA DIBILDOX**, pediatra neonatólogo, con domicilio en Juan de Oñate No. 880, Int. 5, Col. Jardín San Luis Potosí, S.L.P., C.P. 78270, Tel. 841.12.12, es responsable de recabar los datos personales del menor y de usted/es, del uso que se les dé a los mismos y de su protección, bajo los principios de **licitud, consentimiento, información, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad**, en cumplimiento con lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, así como en sus correlativos.

## DATOS PERSONALES

De acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, los datos personales constituyen cualquier información concerniente a una persona física identificada o identificable.

**DR. JOSÉ PRUNEDA DIBILDOX**, podrá solicitar del menor y de usted/es, los siguientes datos personales:

### DEL MENOR:

(i). Nombre completo, (ii). Fecha de nacimiento, (iii). Edad actual, (iv). Sexo, (v). Domicilio.

### DEL PADRE Y/O DE LA MADRE:

(i). Nombre completo, (ii). Edad actual, (iii). Domicilio, (iv). Teléfono de casa, celular y/o de trabajo, (v). Correo electrónico, (vi). Profesión, (vii). Empleo. (viii). Firma autógrafa y/o Firma Electrónica Avanzada.

## DATOS PERSONALES SENSIBLES

De acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, se consideran **datos personales sensibles** aquellos datos personales que

afecten a la esfera más íntima de su titular, o cuya utilización indebida pueda dar origen a discriminación o conlleve un riesgo grave para éste.

**DR. JOSÉ PRUNEDA DIBILDOX**, podrá solicitar del menor y de usted/es los siguientes datos personales sensibles:

**DEL MENOR:**

(i). Peso al nacer, (ii). Peso actual, (iii) talla, (iv). Grupo sanguíneo, (v). Edad gestacional, (vi). Parto, (vii). Test de Apgar, (viii). PC, (ix). Historial alimenticio (leche materna u otra), (x). Antecedentes patológicos (qx, traumáticos, transfusionales, enfermedades de la niñez, cuadro básico inmunizaciones, alérgicos, otros APP, otros APNP, adicionales).

**DEL PADRE Y/O DE LA MADRE:**

(i). Talla, (ii). Grupo sanguíneo, (iii). Antecedentes heredofamiliares (cardiovasculares, crónico degenerativos, cáncer, diabetes, alérgicos), (iv). Gestas de la madre, (v). Antecedentes patológicos (qx, traumáticos, transfusionales, enfermedades de la niñez, cuadro básico inmunizaciones, alérgicos, otros APP, otros APNP, adicionales).

**FINALIDADES DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES**

Los datos personales del menor y de usted/es, serán tratados con alguna o la totalidad de las siguientes finalidades:

(i). Identificarlo, (ii). Reconocerlo, (iii). Establecer comunicación con usted, (iv). Integrar el expediente del menor como paciente, (v). Elaborar un historial clínico del menor, (vi). Conocer posibles enfermedades del menor, (vii) Brindar los servicios requeridos, (viii). Actualizar sus datos personales.

De acuerdo al artículo 9 de la Ley de la materia, para que se pueda llevar a cabo el tratamiento de sus datos personales sensibles, es necesario que otorgue su consentimiento expreso y por escrito, respectivamente.

Para lo anterior, es necesario que llene una de las siguientes casillas, en caso de otorgar o no su consentimiento.

Consiento que los datos personales sensibles del menor sean tratados conforme a los términos y condiciones que señala el presente aviso de privacidad.

**NO** consiento que los datos personales sensibles del menor sean tratados conforme a los términos y condiciones que señala el presente aviso de privacidad.

---

**Nombre y firma autógrafa del tutor del menor**

Consiento que mis datos personales sensibles sean tratados conforme a los términos y condiciones que señala el presente aviso de privacidad.

**NO** consiento que mis datos personales sensibles sean tratados conforme a los términos y condiciones que señala el presente aviso de privacidad.

---

**Nombre y firma autógrafa del padre**

Consiento que mis datos personales sensibles sean tratados conforme a los términos y condiciones que señala el presente aviso de privacidad.

**NO** consiento que mis datos personales sensibles sean tratados conforme a los términos y condiciones que señala el presente aviso de privacidad.

---

**Nombre y firma autógrafa de la madre**

**DR. JOSÉ PRUNEDA DIBILDOX**, no requerirá transferir sus datos personales, además, se cuentan con estrictas políticas de confidencialidad respecto de los datos personales recabados, las cuales subsisten aún después de finalizar la relación jurídica que hayamos contraído con usted.

**D E R E C H O S   A R C O**  
**(ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN)**

Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, oponerse a su tratamiento o revocar el consentimiento que nos ha otorgado.

A efecto de ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales o revocar el consentimiento que nos ha otorgado para su tratamiento, será necesario que presente la solicitud respectiva en el domicilio ubicado en Juan de Oñate No. 880, Int. 5, Col. Jardín San Luis Potosí, S.L.P., C.P. 78270, Tel. 841.12.12, con **ALMA DELIA CONTRERAS VILLALOBOS**, en atención al **DR. JOSÉ PRUNEDA DIBILDOX**, quien es la persona encargada de dar trámite y respuesta a sus solicitudes, así como de fomentar la

protección de los datos personales, y/o envíe un correo electrónico con su solicitud, a la siguiente dirección \_\_\_\_\_.

Su solicitud será atendida en un plazo máximo de veinte días hábiles, se le informará sobre la procedencia de la misma, a través de la cuenta de correo electrónico que para tal efecto nos proporcione, o para contactarle, en caso de requerir información adicional. Su solicitud se hará efectiva, dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que se le atienda la misma.

De acuerdo al artículo 29, de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, su solicitud de acceso, rectificación, cancelación u oposición, o en su caso, si desea revocar su consentimiento para el tratamiento de sus datos, deberá contener y ser acompañada, por los documentos siguientes:

1. Nombre completo y domicilio u otro medio para comunicarle la respuesta a su solicitud, de preferencia una cuenta de correo electrónico.
2. Documentos que acrediten su identidad o, en su caso, la representación legal.
3. Descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que busca ejercer alguno de los derechos antes mencionados.
4. Cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales.

#### **CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD**

**DR. JOSÉ PRUNEDA DIBILDOX**, le comunicará mediante publicación a través de documentos físicos, medios electrónicos o cualquier otro formato generado, cualquier cambio sustancial o total que se realice al presente aviso de privacidad.

He leído el presente aviso de privacidad.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma autógrafa del tutor del menor**

He leído el presente aviso de privacidad.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma autógrafa del padre**

He leído el presente aviso de privacidad.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma autógrafa de la madre**