

AVISO DE PRIVACIDAD

Con fundamento en los artículos 15 y 16 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares hacemos de su conocimiento que SALUD PRENATAL es un CENTRO ESPECIALIZADO EN DIAGNÓSTICO MATERNO FETAL, tiene su domicilio en Eucaliptos 450, colonia Jardín, C.P. 78270, en la Ciudad de San Luis Potosí y tiene como responsables a los Drs. José Alfredo Fernández Lara y Pedro Mario Grimaldo Valenzuela ambos médicos especialistas en Medicina Materno Fetal, y son los responsables tanto de recabar sus datos personales, como del uso que se le de a los mismos y de su protección.

Su información personal será utilizada para las siguientes finalidades:

- Investigación de todo tipo de antecedentes que puedan influir en su estado de salud.
- Recomendar y ejecutar medidas de prevención y/o de limitación del daño en cualquiera de las etapas de la historia natural de la enfermedad.
- Soporte para metodología de diagnóstico en la investigación de cualquier enfermedad.
- Dirigir el manejo médico y/o quirúrgico en respuesta a las enfermedades presentes y en su caso complicaciones.

Para las finalidades antes mencionadas, requerimos obtener los siguientes datos personales:

• Nombre completo: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Teléfono fijo, _____ celular _____ Correo electrónico _____
• Dirección: _____ RFC: _____
CURP: _____ Fecha y lugar de nacimiento: _____

Es importante informarle que usted tiene derecho al acceso, rectificación y cancelación de sus datos personales, y también a oponerse al manejo de los mismos o a revocar el consentimiento que para dicho fin nos haya otorgado.

Para ello es necesario nos proporcione por escrito su solicitud debidamente firmada en los términos que marca la Ley en su Art. 29 dirigiéndola al centro y a sus responsables quien deberá refrendar de recibido para lograr los efectos buscados en su solicitud.

Su información podrá ser compartida con otros médicos, instituciones de salud o en su caso, con las autoridades sanitarias, ministerio público, instancias judiciales y comisiones de arbitraje Médico siempre y cuando se responda a una solicitud y/o orden escrita para tales efectos.

En caso de que no manifieste su oposición escrita para que sus datos personales sean transferidos en la forma y términos antes descrita, entenderemos que ha otorgado su consentimiento en forma tácita para ello.

Nombre completo y firma de aceptación: _____

Testigo: (1): Nombre y firma _____

Testigo: (2): Nombre y firma _____

San Luis potosí, S.L.P, México. A ____ de _____ 20__