

## Aviso de Privacidad

08/12/2023

### Identidad y Domicilio del Responsable

Norma Cerón Enriquez, (en adelante, el(la) «Responsable» y/o su «Médico») dedicado a la prestación de servicios profesionales médicos, con domicilio en Avenida Kepler 2143 Interior 3310 Reserva Territorial Atlixáyotl, recaba sus datos personales, incluyendo los sensibles, como parte de una relación profesional y para efectos del cumplimiento de sus obligaciones, por lo que en respeto al derecho de toda persona a la privacidad y a la autodeterminación informativa, se pone a su disposición el presente Aviso de Privacidad. La captura y almacenamiento de sus datos personales se realiza por conducto de BIOVERCOME, S.A.P.I. de C.V., a través de las distintas plataformas y/o aplicaciones electrónicas que dicha empresa es propietario y/o administra, por lo que ésta se desempeña como encargado de sus datos personales, 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. La recolección, obtención, uso, almacenamiento, acceso, tratamiento y transferencia de datos personales por parte del Médico se encuentran sujetos a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Al proporcionar información al Médico por cualquier medio (verbal o por escrito, ya sea por medios físicos o electrónicos), usted confirma que está de acuerdo con los términos de este Aviso de Privacidad. Si usted no estuviere de acuerdo con cualquier término del Aviso de Privacidad, por favor no proporcione dato personal alguno al Médico. Si decide no proporcionar al Médico ciertos datos personales, acepta la posibilidad de no tener acceso a los servicios que éste proporciona, sin que se genere responsabilidad alguna para éste último.

### Datos Personales que se Recaban

Este aviso de privacidad se pone a su disposición con el fin de ofrecerle el mejor servicio y atención, así como de 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 nuestros servicios para la finalidad arriba descrita, podemos requerir de usted la siguiente información y documentación:

Nombre del paciente y/o de quien lo representa;

Firma del paciente y/o de quien lo representa;

Identificación oficial;

Información de facturación;

Fotografía del paciente y/o de quien lo representa;

Huella digital del paciente y/o de quien lo representa;

Teléfono;

Dirección;

Dirección de correo electrónico;

Nombre de contacto de emergencia;

Información de seguros

Datos Sensibles como: tipo de sangre, historial clínico (interrogatorio completo y exploración física completa), enfermedades, padecimientos, incapacidades, consumo de sustancias tóxicas, alergias, información genética, tratamientos médicos, estado de salud presente, cuestiones de carácter psicológico y/o psiquiátrico, mismos que recaba de forma personal cuando el titular solicita la prestación de los servicios del Médico.

Información médica referida por otros médicos o instituciones médicas;

Antecedentes de vacunación

Antecedentes médico-familiares, personales patológicos, personales no patológicos

Resultados de exámenes de laboratorio, 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, o a través de la persona que la representa;

Finalidades Primarias y Secundarias

Finalidades Primarias

Su médico(a) recaba sus datos personales para proteger, promover y recuperar la salud del titular de los datos, a fin de: (A) conocer su historial, antecedentes y/o cualesquiera condiciones médicas que permitan determinar la salud y estado físico del titular de los datos a fin de poderle prestar la atención médica y servicios más aptos para sus necesidades particulares; y (B) compartir con otros especialistas/instituciones médicas aquella información que sea necesaria para atender cualesquiera emergencias médicas; y/o (C) compartir con otros especialistas/instituciones médicas aquella información que sea necesaria para que usted reciba la atención médica y servicios más aptos para sus necesidades particulares.

¿Para qué usamos sus Datos Personales?

Su médico(a) recaba y usa sus datos para complementar la finalidad primaria de:

Confirmar su identidad;

Elaborar un expediente de paciente que facilite a su médico(a) 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/o hospitalización y, en caso de ser necesario, de referir al paciente a otro especialista/institución médica;

Solicitar la elaboración de estudios, análisis, así como la actualización y conservación de expedientes clínicos

Notificarle sobre citas programadas y/o próximas;

Facturación y cobranza por la prestación de los servicios médicos,

Notificarle sobre el momento, frecuencia y cantidad en que debe tomar cualesquiera medicamentos que le sean recetados;

Contar con información médica precisa para atender emergencias, en caso de ser necesario, y de notificarlas a la persona que usted indique;

Estudios, registros, estadísticas y análisis de información de salud, conservación de registros para seguimiento de los servicios médicos prestados;

En su caso, cumplir lo requerido por la Ley; y

Cumplir con los requerimientos de naturaleza legal que cualquier autoridad competente o cualquier legislación aplicable imponga a su médico(a).

Elaborar informes/reportes para entregar a compañías aseguradoras a efecto de realizar trámites ante ella;

Para encuestas de satisfacción de servicios médicos prestados;

Dar seguimiento a cualquier relación de prestación de servicios médicos.

Transferencia de sus Datos para dar Cumplimiento a las Finalidades Primarias:

Sus datos solamente serán usados dentro del territorio nacional. Sus datos personales se transferirán:

En caso de que la atención y servicios médicos que usted necesita requieran que su médico(a) realice consultas con otro médico(a) especialista, médicos inter consultantes, médicos tratantes, incluyendo personal de éstos que se considere de apoyo, así como a prestadores de servicios profesionales, técnicos y auxiliares de la salud o que comparta su información con otro(a) médico(a) y/o institución médica para poder atender emergencias y/o para que usted reciba la atención médica y servicios más aptos para sus necesidades particulares, para lo cual, éstos tendrán la obligación de proporcionarle su propio aviso de privacidad;

A Instituciones relacionadas con el sector salud que permitan brindarle un mejor servicio y una mejor atención;

A la Aseguradoras que en su caso tenga contratada póliza de seguro de gastos médicos y  
Para dar cumplimiento a las disposiciones oficiales de acuerdo a la legislación aplicable.

Particularmente sus datos personales serán transferidos o remitidos BIOVERCOME, S.A.P.I. de C.V., a través de las distintas plataformas y/o aplicaciones electrónicas que dicha empresa es propietario y/o administra, por lo que a la firma del presente Aviso de Privacidad autoriza expresamente el tratamiento, transferencia y remisión de sus datos personales mediante dichos medios electrónicos. Asimismo, se hace de su conocimiento que BIOVERCOME, S.A.P.I. de C.V. podrá, previa autorización por parte del titular, transferir y/o remitir sus datos a terceros con los cuales ésta tenga contratado la prestación de servicios profesionales médicos y en materia de salud que sean prestados a través de las plataformas y/o aplicaciones electrónicas a que se refiere el presente párrafo. Los terceros que reciban datos personales para su tratamiento o a quienes se les transfieran datos personales, sólo recibirán aquellos datos personales que requieran para realizar sus labores. A la firma del presente, autorizó expresamente que todos los datos personales recabados por el Médico, incluyendo los sensibles, puedan ser tratados y transferidos conforme al presente Aviso de Privacidad, autorización que otorgo para todos los efectos legales a que haya lugar de conformidad con los artículos 8, 9 y demás aplicables de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, su Reglamento y disposiciones aplicables. Asimismo, a la firma del presente, autorizo expresamente para que se recabe mi autorización para el tratamiento y transferencia de datos personales, incluyendo los sensibles, ya sea por el Médico o por los encargados mediante firma electrónica o cualquier mecanismo de autenticación que al efecto se establezca, ya sea físico o electrónico. En caso de oponerse a lo previsto anteriormente, deberá manifestarse de conformidad a lo previsto en el apartado número 4 del presente: "Medios y procedimientos para ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición (ARCO)" a que se refiere el presente aviso.

Finalidades Secundarias; ¿para qué usamos sus Datos Personales?

Su médico(a) recaba y usa sus datos para complementar las finalidades secundarias de:

Hacerle llegar información y/o promociones que pueden ser importantes para el cuidado de su salud.

Los datos personales para fines secundarios a ser utilizados por el Médico son: nombre, domicilio, teléfono, correo electrónico y otros datos de contacto.

En caso de que no desee que sus datos personales se utilicen para estos fines secundarios el titular deberá marcar la casilla respectiva que aparece al lado de su nombre en este aviso de privacidad, con lo cual su médico(a) se abstendrá de utilizar sus datos personales para las finalidades secundarias arriba descritas.

## Medios y procedimiento para el ejercicio de los derechos ARCO

s de acceso, rectificación, cancelación u oposición (ARCO) Usted, como titular de los datos personales, tiene derecho a conocer qué datos personales tiene su médico(a) y para qué los utiliza (Acceso). Asimismo tiene derecho a corregir su información en caso de que esta sea inexacta, incompleta o se encuentre desactualizada (Rectificación). También, como titular de los datos personales, usted puede solicitar que estos se eliminen de nuestros registros (Cancelación), en caso de que sus datos no sean utilizados adecuadamente. Por último, el titular tiene derecho a oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (Oposición). Así como la limitación a la divulgación y la revocación del 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 resumimos:

### Procedimiento:

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

#### Solicitud Impresa

Presentada personalmente en el domicilio de su médico(a) dirigida a Norma Cerón Enriquez

#### Solicitud Electrónica

Enviada vía correo electrónico a la dirección: [rehacardio10@yahoo.com.mx](mailto:rehacardio10@yahoo.com.mx)

Con el fin de que su médico(a) esté en posibilidad de darle respuesta en el tiempo que señala la ley, todas las solicitudes de ejercicio de derechos ARCO -sean impresas o electrónicas- deberán:

Especificar el(los) derecho(s) que desea hacer valer;

Especificar las razones para ejercitar dicho derecho;

Incluir una identificación oficial vigente del titular del derecho;

En caso de que no se cumpla alguno de los requisitos arriba descritos, su médico(a) 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 diez 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 veinte días naturales para comunicarle la determinación adoptada respecto de 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 quince 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 su solicitud.

¿Cómo conocer los cambios del presente aviso de privacidad?

El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones, por lo que nos comprometemos a mantenerlo informado a través de algunos de los siguientes medios:

Nuestra página de Internet. [dirección de la página de Internet];

Notificación a su dirección de correo electrónico; y/o

Notificación personal, en caso de que tengamos comunicación con usted después del cambio.

Conservación de Datos Personales

Su médico(a) conservará la información del titular por un término máximo de 5 años, tanto para los 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(a) le proporcione su expediente electrónico. En el supuesto de que el Médico(a), por cualquier causa, dejare de prestar sus servicios profesionales, le reintegrará al titular su expediente electrónico enviándolo a la última dirección electrónica que el titular haya proporcionado.

¿Cómo Contactarnos?

Si usted tiene alguna duda sobre el presente aviso de privacidad puede hacerla llegar a nuestra dirección de correo electrónico, dirigida a Norma Cerón Enriquez, quien es responsable de la privacidad de sus datos personales. Usted puede consultar el presente aviso de privacidad, sus modificaciones y actualizaciones en nuestro domicilio mencionado en el presente documento.

Para cumplir con los anteriores fines yo, \_\_\_\_\_; con domicilio en \_\_\_\_\_; con número de teléfono +52 \_\_\_\_\_; y con dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_, , mediante mi firma autógrafa, manifiesto expresamente que (i) estoy enterado de los términos del presente aviso de privacidad; (ii) otorgo las autorizaciones señaladas; y (iii) doy mi autorización expresa para que mis datos personales incluyendo los sensibles, se traten de conformidad con el presente, mismo que fue puesto a mi disposición de forma personal, manifestando tenerlo a la vista, haberlo leído y estar de acuerdo con sus términos y condiciones Derivado de la presente autorización, el suscrito expresamente deslindo al Médico y a los encargados que recaben, traten, transfieran o remitan mis datos personales, de toda responsabilidad derivada de toda reclamación, acciones (responsabilidad civil, penal, mercantil o de cualquier naturaleza legal), causas de acción, gastos y costas al respecto

Conforme a lo previsto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales, su Reglamento y lineamientos aplicables, en el caso de menores de edad o incapaces, el suscrito, a la firma del presente, manifiesto bajo protesta de decir verdad, ser el padre o tutor del menor de edad o del incapaz titular de los datos facilitados, por lo que acepto toda responsabilidad al respecto, asumiendo cualquier reclamación que pudiera surgir, comprometiéndome a deslindar al Médico y a los encargados que recaben, traten, transfieran o remitan datos personales del menor o del incapaz, de toda responsabilidad derivada de toda reclamación, acciones (responsabilidad civil, penal, mercantil o de cualquier naturaleza legal), causas de acción, gastos y costas al respecto. Al efecto el suscrito otorga consentimiento expreso de mi representado(a) (menor de edad o incapaz) para todos los efectos legales a que haya lugar, a fin de que los datos del menor o del incapaz que proporcione al Médico sean recabados, tratados y/o transferidos o remitidos de conformidad a lo previsto en este Aviso de Privacidad, mismo que fue puesto a mi disposición de forma personal, manifestando tenerlo a la vista, haberlo leído y estar de acuerdo con sus términos y condiciones.

En caso de no proporcionar al Médico ciertos datos del suscrito o en su caso del menor o incapaz del que soy padre o tutor, acepto la posibilidad de que no se tenga acceso por parte del suscrito o del menor o incapaz del que soy padre o tutor a los servicios que éste proporciona, sin que se genere responsabilidad alguna para este último.

Última revisión 08/12/2023

Firma del Paciente / Responsable

Nombre del Paciente / Responsable: \_\_\_\_\_