

AVISO DE PRIVACIDAD PACIENTES



Fecha:
Hora:
Servicio:

Santiago de Querétaro, Qro.

Identificación del Responsable:

En CHSISI SALUD, S.A.P.I. de C.V., el Responsable para efectos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y sus disposiciones reglamentarias (la #Ley de Datos#), con domicilio fiscal Insurgentes Sur 2375 piso 2 norte Col. Tizapán San Ángel Alcaldía Álvaro Obregón CP. 01000, le informa que tratará los datos personales que recabe de Usted con las siguientes:

Finalidades:

Brindarle la atención médica que requiera conforme al Contrato de la Prestación de Servicios Hospitalarios, así como a las políticas, procedimientos, protocolos y demás normatividad institucional de CHSISI SALUD, S.A.P.I. de C.V., sucursal H+ Querétaro;

- Integrar su expediente clínico;

Compartir sus datos con sus médicos tratantes e interconsultantes, quienes son profesionistas independientes a CHSISI SALUD, S.A.P.I. de C.V., y quienes han asumido frente a Usted, la responsabilidad de su diagnóstico, pronóstico y tratamiento;

Compartir sus datos con la aseguradora con quien tenga contratada una póliza de seguro de gastos médicos para el pago de los servicios de CHSISI SALUD, S.A.P.I. de C.V.;

- Compartir con representantes o voluntarios de su comunidad religiosa, información sobre su nombre y el número de habitación en el cual se encuentre hospitalizado, en caso de que así Usted lo autorice o solicite; a fin de que pueda recibir apoyo espiritual durante su estancia en este Hospital.

- Proporcionar a sus familiares y amigos que lo soliciten, información sobre el número de habitación en el cual se encuentre hospitalizado.

Fines publicitarios:

Sus datos personales de contacto (domicilio, teléfono y/o correo electrónico) pueden llegar a ser empleados para hacerle llegar información acerca de los servicios que ofrece y otro tipo de información relacionada con CHSISI SALUD, S.A.P.I. de C.V.

Datos personales:

Para alcanzar las finalidades antes expuestas, se tratarán los siguientes datos personales: Nombre completo, domicilio, teléfono, correo electrónico, estado civil, edad, sexo, nacionalidad, fecha de nacimiento, nombre, domicilio y teléfono de algún familiar que designe como familiar responsable y con quien podamos comunicarnos en caso de urgencia; en su caso, su número de póliza y demás información relacionada con el seguro de gastos médicos que tenga contratado. En algunos servicios, también se tomarán fotografías o videos que se integrarán a su expediente clínico, con la finalidad de llevar un registro por estos medios de su evolución o del tratamiento.

Datos Financieros:

Para el cumplimiento de las finalidades antes citadas, en caso de ser necesario se recabarán los siguientes datos financieros: datos de cuenta bancaria y datos fiscales. En caso de que Usted realice el pago de servicios mediante cheque, le informamos que el mismo podrá ser transferido a alguna persona física o moral con la que CHSISI SALUD, S.A.P.I. de C.V., tenga celebrado un contrato de prestación de servicios de respaldo y transacción de cheques.

Datos Personales Sensibles:

A fin de poder brindar la atención médico-hospitalaria y conforme a la legislación en salud aplicable, le serán solicitados los datos personales sensibles que se requieran para tal efecto: religión, estado de salud actual, padecimientos pasados y presentes, antecedentes heredofamiliares, síntomas, antecedentes patológicos relevantes, antecedentes de salud, en algunos casos, cuando se requiera para su adecuada atención médica también podrán ser tratados datos personales sensibles como lo son la preferencia sexual e información genética (este último dato, para estudios de diagnóstico clínico que Usted o su médico tratante hayan solicitado).

Privacidad:

Usted podrá solicitar el ejercicio de sus Derechos ARCO, que consisten en el acceso a sus datos personales, a su rectificación, cancelación u oposición a su tratamiento para fines específicos, así como también para la revocación del consentimiento otorgado para el tratamiento de sus datos personales en tal medida permitida por la ley; siendo la Dirección General la encargada de dar seguimiento a su solicitud y de darle una respuesta dentro de los siguientes 20 (veinte) días hábiles. También llevará a cabo las solicitudes que usted realice para limitar el uso o divulgación de sus datos. Para tal efecto, nos permitimos proporcionarle el correo electrónico de CHSISI SALUD, S.A.P.I. de C.V., sucursal H+ Querétaro: gsp@hmas.mx

Transferencia:

Le informamos que sus datos personales podrán ser transferidos dentro y fuera del país, en forma congruente con la finalidad del tratamiento de los datos y la naturaleza jurídica de la relación entre Usted y CHSISI SALUD, S.A.P.I. de C.V., a compañías aseguradoras con quienes Usted tenga contratada una póliza y a terceros pagadores, para los fines de pago que correspondan, así como a los amigos y familiares que soliciten el número de habitación en el área de recepción para que puedan visitarle y a los representantes y/o voluntarios de la comunidad religiosa a la que pertenezca, siempre y cuando usted solicite la asistencia espiritual en el área de Atención al Público.

Modificaciones al Aviso de Privacidad

CHSISI SALUD, S.A.P.I. de C.V. se reserva el derecho de efectuar en cualquier momento modificaciones o actualizaciones al presente aviso de privacidad, lo cual lo dará a conocer de forma personal o bien, por medio de la publicación de un aviso en lugar visible y/o en la página de internet www.hmasqueretaro.mx

A través de la Dirección General de CHSISI SALUD, S.A.P.I. de C.V. se le comunicará de forma inmediata cualquier vulneración de seguridad que ocurra en cualquier fase del tratamiento de sus datos personales que afecte de forma significativa sus derechos patrimoniales o morales, mediante correo electrónico o llamada telefónica por la que se le solicitará una cita para explicarle lo sucedido a fin de que pueda tomar las medidas que considere para la defensa de sus derechos.

Autorizaciones

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorizo a CHSISI SALUD, S.A.P.I. de C.V. a que compartan información a la Compañía Aseguradora para el pago de los servicios.
Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorizo a CHSISI SALUD, S.A.P.I. de C.V. para que proporcione el número de la habitación en la que me encuentre hospitalizado, a familiares y amigos que soliciten dicha información.
Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorizo a CHSISI SALUD, S.A.P.I. de C.V. para que proporcione mi nombre y el número de la habitación en la que me encuentre hospitalizado, a representante y/o voluntarios de la comunidad religiosa a la que pertenezca.
Si	No	

Consentimiento

Doy mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales, financieros y sensibles conforme al presente Aviso de Privacidad.

Nombre completo y firma del paciente o familiar (parentesco) o representante legal

Santiago de Querétaro, Qro., a