



## AVISO DE PRIVACIDAD

**PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL CENTRO AMBULATORIO PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL SIDA E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (CAPASITS) DE SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN, O.P.D. (SIMPLIFICADO).**

**SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN, O.P.D.**, es el responsable del tratamiento de los datos personales que proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y demás normatividad que resulte aplicable.

### **Finalidad del tratamiento de sus datos personales.**

Los Datos Personales que proporcione, serán protegidos, tratados e integrados a su expediente clínico, y serán utilizados únicamente con la finalidad de brindarle servicios de prevención, tratamiento, diagnóstico, atención médica, y/o la gestión de servicios médicos necesarios, según sea el caso.

### **Mecanismos y medios disponibles para ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición (ARCO).**

Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición (ARCO) de sus datos personales, mediante la presentación de la solicitud respectiva, a través del vínculo electrónico en <http://nl.infomex.org.mx/> ó ante la Unidad de Transparencia de la Dirección de Contraloría Interna, ubicada en Matamoros No. 520 Ote Piso 2, Centro de Monterrey, Nuevo León.

### **Sitio donde podrá encontrar el Aviso de Privacidad Integral.**

Si desea conocer nuestro Aviso de Privacidad Integral puede acceder a la siguiente página de internet <http://saludnl.gob.mx/drupal/aviso-de-privacidad> o bien de manera presencial en nuestras instalaciones.

De manera adicional, los datos personales que proporcione, tales como domicilio, teléfono y correo electrónico, podrán ser utilizados para la recalendarización de servicios, citas y seguimiento de atención médica.

Seleccione la manera en la que desea ser contactado:

Dirección  Teléfono  Correo Electrónico  No deseo ser contactado

<b>Nombre del Paciente</b>	<b>Fecha y Firma</b>