



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 ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición (ARCO).

Se le informa que puede ejercer 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, en el piso 8° de la Torre Administrativa ubicada en Washington No. 2000 Ote. Colonia Obrera 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

Nombre del Paciente	Fecha y Firma