



### AVISO DE PRIVACIDAD

#### PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES EN UNIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA 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 y tratados 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, 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.

#### Seleccione la manera en la que desea ser contactado:

De manera adicional, los datos personales que proporcione, como lo son domicilio, el número de teléfono y el de un contacto adicional (en el entendido que usted cuenta con el consentimiento para proporcionarlos), podrán ser utilizados para la recalendarización de servicios, citas, resultados de laboratorio o de algún estudio realizado, así como el seguimiento de la atención médica.

Domicilio  Teléfono  Número adicional  No deseo ser contactado

Nombre del Paciente	Fecha y Firma