



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, 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.

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