AVISO DE PRIVACIDAD (SIMPLIFICADO)
FICHA EVOLUTIVA Y REGISTRO DEL PROGRAMA "SALUD PARA APRENDER"

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

Finalidad del tratamiento de sus datos personales
Los datos personales que se obtengan a través del llenado en línea de la ficha evolutiva de cada alumno, serán utilizados con la finalidad de dar cumplimiento al programa de "Salud para Aprender" mismo que tiene como objetivo brindar cobertura en la prevención, detección y atención de los problemas de salud escolar.

Transferencia de datos personales
Se informa que no se realizarán transferencias de datos personales, salvo aquellas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, siempre que se encuentren debidamente fundados y motivados.

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 de la siguiente liga: http://www.plataformadetransparencia.org.mx o ante la Unidad de Transparencia de la Dirección Jurídica, en la planta baja del edificio ubicado en Matamoros 520, Colonia Centro, Monterrey, Nuevo León; asimismo puede comunicarse directamente con el Oficial de Datos Personales a través del correo electrónico: oficial.datospersonales@saludnl.gob.mx.

Si desea conocer el procedimiento para el ejercicio de estos derechos **o negarse al tratamiento de sus datos personales** puede acudir a la Unidad de Transparencia a la dirección antes señalada, enviar un correo electrónico a unidad.transparencia@saludnl.gob.mx o bien, comunicarse al Tel: (81) 8130-7000 ext. 7309 o 82202.

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.

Nombre de la Madre, Padre o Tutor	Fecha y Firma

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA O TUTORES PARA QUE A SUS HIJOS SE LES APLIQUE LA FICHA EVOLUTIVA-EXPEDIENTE MÉDICO ESCOLAR DEL PROGRAMA SALUD PARA APRENDER

A quien corresponda:

Por medio de la presente, en atención a las finalidades establecidas en el Programa Salud para aprender, en mi calidad de tutor del menor de edad: _____ autorizo su participación en la presente **Ficha Evolutiva-Expediente Médico Escolar** derivada del programa "**Salud para Aprender",** asimismo autorizo y doy consentimiento para que la Secretaria de Salud del estado de Nuevo León, de tratamiento a los datos personales recabados en la presente ficha evolutiva-expediente médico escolar, la cual únicamente será utilizada para los propósitos del programa "Salud para Aprender", fines estadísticos o de investigación, siempre privilegiando el derecho a la Protección de Datos Personales de las niñas, niños y adolescentes, dando cumplimiento en todo momento con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Nuevo León.

Hago constar lo anteriormente expuesto, se firma a los ____ días del mes de _____ del 20__, en _____, Nuevo León.

Nombre de la Madre, Padre o Tutor	**Fecha y Firma**