



**SERVICIOS
DE SALUD O.P.D.**
GABINETE DE IGUALDAD
PARA TODAS LAS PERSONAS



**EL GOBIERNO DEL
NUEVO
NUEVO LEÓN**

Folio: _____

**SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN
U OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES**

1.- Nombre completo del titular de los datos (persona a la que pertenecen o refieren los datos personales) (obligatorio):

Nombre(s).	Apellido Paterno	Apellido Materno
------------	------------------	------------------

En su caso, nombre completo del representante:

Nombre(s).	Apellido Paterno	Apellido Materno
------------	------------------	------------------

Deberá de acreditarse la identidad del titular y, en su caso, del representante.

2.- En su caso, indique si los datos son de una persona (opcional):

☐ Menor de Edad ☐ En estado de interdicción ☐ Fallecida o discapacidad

3.- Indique el derecho que desea ejercer (obligatorio):

☐ Acceso. ☐ Rectificación. ☐ Cancelación. ☐ Oposición.

4.- Descripción de la información solicitada (obligatorio).

Si requiere mayor espacio, marque la siguiente casilla y especifique el número de hojas.

☐ Anexo _____ Hojas.





**SERVICIOS
DE SALUD O.P.D.**
GABINETE DE IGUALDAD
PARA TODAS LAS PERSONAS



**EL GOBIERNO DEL
NUEVO
NUEVO LEÓN**

Folio: _____

**SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN
U OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES**

5.- En caso de que cuente con información adicional que facilite la búsqueda y eventual localización de los datos personales como la Unidad que considera que trata sus datos (Hospital, Centro de Salud, Unidad Administrativa) y documentos personales, por favor proporciónela (opcional).

Si requiere mayor espacio, marque la siguiente casilla y especifique el número de hojas.

☐ Anexo _____ Hojas.

En caso de anexar documentos que ayuden a facilitar la búsqueda, indique el número de hojas:

☐ Anexo _____ Hojas.

6.- Modalidad de entrega (obligatorio).

Seleccione la modalidad de entrega que prefiere se le otorgue la información. En caso de ser otro medio, indique el medio.

☐

Verbal (orientación).

☐

Copia simple. *

☐

Copia Certificada. **

☐

Consulta directa.

☐

Otro Medio. ***

Indique cual

*La información será entregada sin costo, cuando implique la entrega de no más de veinte hojas simples.

** Esta modalidad tiene costo.

*** Esta modalidad tiene costo, siempre y cuando se requieran materiales para su reproducción. En caso de que usted proporcione el medio electrónico y la Secretaría cuente con el equipo para su reproducción, será gratuito.



Folio: _____

**SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN
U OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES**

7.- Domicilio o medio para recibir notificaciones (obligatorio).*

Seleccione el medio que autoriza para recibir notificaciones e indique los datos correspondientes.

☐

Correo electrónico:

☐

Domicilio particular:

Calle.

Núm. Exterior.

Núm. Interior.

Código Postal.

Colonia.

Municipio.

Entidad Federativa.

País.

*En el caso de que no se indique algún medio para recibir notificaciones, estas se realizarán por estrados de la Unidad de Transparencia.

8.- Medidas de accesibilidad (opcional).

En caso de que requiera la información en alguna lengua indígena favor de señalar la lengua y región.

En caso de que requiera la información en algún formato accesible seleccione la opción deseada:

☐

Escritura Braille.

☐

Macrotipo (letra más grande).

☐

Versión en audio.

☐

Otro _____

Indique cual

Folio: _____

**SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN
U OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES**

9.- Información estadística (opcional).

Con fines estadísticos seleccione e indique los siguientes datos:

Personalidad: ☐ Persona física. ☐ Persona moral.

Sexo: ☐ Hombre. ☐ Mujer.

Edad: _____

Ocupación: _____

Nivel Académico: _____

