

AVISO DE PRIVACIDAD

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, así como en el Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos en Posesión de los Particulares, el hospital FRONTERA RE, S. DE R.L. DE C.V., identificado comercialmente como CENTRO QUIRÚRGICO EMA, con domicilio en Avenida Tomás Fernández #8743, Parque Ind. Antonio J. Bermúdez, emite el presente AVISO DE PRIVACIDAD en los siguientes términos:

DATOS RECABADOS

Datos personales de contacto y/o de identificación que tratará FRONTERA RE, S. DE R.L. DE C.V. (CENTRO QUIRÚRGICO EMA) son: NOMBRE, EDAD, SEXO, OCUPACIÓN, DOMICILIO, CORREO ELECTRÓNICO, TELÉFONO (MOVIL Y/O FIJO) y Registro Federal de Contribuyentes.

DATOS SENSIBLES

Se recabará y tratará datos sensibles, relacionados con el ESTADO DE SALUD, ANTECEDENTES e HISTORIAL CLINICO e información sobre el modo de vida, necesarios o convenientes para las finalidades arriba señaladas. Los datos personales sensibles serán mantenidos y tratados con estricta seguridad y confidencialidad para fines relacionados con la prestación de servicios de salud y conforme a este AVISO DE PRIVACIDAD.

FIN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Los datos personales en posesión serán utilizados para las siguientes finalidades:

- a) Finalidades necesarias para el mantenimiento de la relación con el titular de los datos:
 - a. Prestación de servicios médico –hospitalarios, hospitalización, cirugía, atención de enfermería, servicios farmacéuticos, análisis de laboratorio, radiología e imagen, estudios y análisis patológicos, terapia, rehabilitación, dieta y nutrición.
 - b. Creación, estudio, análisis, actualización y mantenimiento de archivo clínico.
 - c. Facturación y cobranza por servicios.
 - d. Mantenimiento de registros para seguimiento a servicios.
- b) Finalidades diferentes:
 - a. Estudios, registros, estadísticas y análisis de información de salud.
 - b. Mantenimiento de registros para prestación de servicios en el futuro. Análisis estadísticos y de mercado.
 - c. Promoción y mercadeo de productos y servicios del V.

TRANSFERENCIA

Para la prestación de servicios médico – hospitalarios, hospitalización, cirugía, atención de enfermería, servicios farmacéuticos, análisis de laboratorio, radiología e imagenología, estudios y análisis patológicos, terapia, rehabilitación, dieta y nutrición, creación, estudio, análisis, actualización y mantenimiento de archivos clínicos, a hospital FRONTERA RE, S. DE R.L. DE C.V. (CENTRO QUIRÚRGICO EMA), pueden transferirse dentro y fuera del país, los datos personales en su posesión a terceros subcontratados para los fines señalados en este AVISO DE PRIVACIDAD. Los terceros a los que se transferirán dichos datos son laboratorios, clínicas, hospitales, centros de investigación, aseguradoras, así como distintas autoridades competentes.

SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN U OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES Y REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Todos los datos personales son tratados de conformidad con la legislación aplicable y vigente, por ello los titulares de datos personales tienen en todo momento el derecho a acceder a los datos personales que posee el hospital FRONTERA RE, S. DE R.L. DE C.V. (CENTRO QUIRÚRGICO EMA) y a los detalles del tratamiento de los mismos, así como a rectificarlos en caso de ser inexactos o incompletos; cancelarlos cuando resulten ser excesivos o innecesarios para las finalidades que justificaron su obtención; y oponerse a su tratamiento.

- a) Medios para ejercer derechos ARCO
 - a. Para dar inicio a una solicitud ARCO, el titular de los datos personales deberá presentar una solicitud por escrito dirigido a la Dirección Médica al correo: [xxxxxxx](#) o notificación por escrito a FRONTERA RE, S. DE R.L. DE C.V. (CENTRO QUIRÚRGICO EMA) México, de lunes a viernes en un horario comprendido de las 09.00 hrs a 15.00hrs, que contenga la siguiente información:
 - i. Domicilio del titular o dirección de correo electrónico para comunicar respuesta a solicitud.
 - ii. Documentos que acrediten identidad o autorización para representarlo en la solicitud.
 - iii. Descripción de datos personales sobre los que se pretende ejercer algún derecho ARCO.
 - iv. Fecha de atención y nombre del hospital FRONTERA RE, S. DE R.L. DE C.V. (CENTRO QUIRÚRGICO EMA), en el cual se recibió los servicios.
 - v. Cualquier otro elemento que permita la localización de los datos personales y atención ala solicitud.

NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD

El presente AVISO DE PRIVACIDAD podrá ser modificado en cualquier momento para cumplir con actualizaciones legislativas, jurisprudenciales, políticas internas, nuevos requisitos para la prestación de servicios de **FRONTERA RE, S. DE R.L. DE C.V. (CENTRO QUIRÚRGICO EMA)** o cualquier otra causa a entera discreción. En tal caso, las modificaciones estarán disponibles vía correo electrónico a la siguiente dirección: _____@_____ o cualquier otro medio de comunicación verbal, impreso o electrónico que el hospital **FRONTERA RE, S. DE R.L. DE C.V. (CENTRO QUIRÚRGICO EMA)** determine para tal efecto.

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD QUE HE LEIDO EN SU TOTALIDAD ESTE AVISO DE PRIVACIDAD Y ENTIENDO PLENAMENTE SU ALCANCE Y CONTENIDO. POR MEDIO DEL PRESENTE OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE FRONTERA RE, S. DE R.L. DE C.V. (CENTRO QUIRÚRGICO EMA) TRATE MIS DATOS PERSONALES DE ACUERDO A ESTE AVISO DE PRIVACIDAD.

De igual forma expresamente consiento el tratamiento por FRONTERA RE, S. DE R.L. DE C.V. (CENTRO QUIRÚRGICO EMA), de mis datos personales sensible y la transferencia de mis datos personales.

Asimismo, consiento expresamente el tratamiento de mi información (datos personales) para las "FINALIDADES DISTINTAS".

DATOS DEL PACIENTE Y/O AUTORIZANTE

NOMBRE:

DOMICILIO:

FIRMA:

FECHA: