

AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL

En cumplimiento con la ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su Ley Reglamentaria, ponemos a su disposición de nuestros **clientes** (en adelante “Pacientes”) **padres o tutores, proveedores, candidatos, colaboradores, ex-colaboradores, y terceros, (en adelante el “Titular”)** el presente aviso de privacidad.

1.- Identidad y domicilio de “El Representante”:

CENTRO MEDICO Y QUIRURGICO SAN BERNABE, S. A. DE C. V., mejor conocido como “**HOSPITAL SAN BERNABE**” Con domicilio en: Solidaridad, 8956 Col. San Bernabé, Monterrey, N. L. C.P. 64100 es El responsable del tratamiento, confidencial, uso y protección de los datos personales que nos proporcione, y le informamos que estos serán utilizados única y exclusivamente para los siguientes fines y conforme al presente Aviso de Privacidad.

- Teléfono de El responsable: (0181) 1477-5858
- Correo de El Responsable: jose.rodriguez@hospitalsanbernabe.com
- Pagina Web: www.hospitalsanbernabe.com

2.- Finalidades del tratamiento de Datos Personales

Los datos personales que recabamos de Usted, los utilizaremos para alguna; algunas o todas las siguientes **finalidades principales y/o primarias**, las cuales son necesarias:

a).- Para clientes (pacientes) padres o tutores y Proveedores:

- 1) Proveer los productos y/o servicios solicitados por Usted.
- 2) Cotizar un servicio hospitalario.
- 3) Identificar y confirmar la identidad del Titular.
- 4) Contactar y dar seguimiento a la solicitud de servicios de salud.
- 5) Evaluar su estado de salud en general.
- 6) Proponerle el tratamiento idóneo conforme al resultado del diagnostico practicado a su caso en concreto.
- 7) Elaborar, mantener y actualizar el expediente clínico.
- 8) Dar seguimiento a los tratamientos para el cuidado, prevención y mejora de su salud.
- 9) Utilizarlos para mantener un historial clínico que permita en un futuro actuar con certidumbre ante una patología existente.

- 10) Para proveer servicios de especialidad médica, internamiento y consulta de cualquier índole medica
- 11) Para proporcionar medicamentos y tratamientos en la búsqueda de abatir enfermedades y cualquier patología que presente el paciente para favorecer su salud.
- 12) Elaborar, gestionar, enviar y cobrar facturas fiscales por internet.
- 13) La información personal que los proveedores proporcionen será utilizada por El Representante para efecto del pago por sus servicios.
- 14) Gestionar y recibir pagos conforme a la relación jurídica que con usted se tenga o se llegase a tener.
- 15) Dar cumplimiento a las obligaciones derivadas de una relación jurídica que con Usted se tenga o se llegase a tener y hacer cumplir y/o ejecutar un contrato.
- 16) Utilizarlos en cualquier tipo de acto o diligencia de cobranza judicial y/o extrajudicial derivado de la relación contractual.
- 17) Atender requerimientos legales de Autoridades para el caso de cumplimiento de leyes, reglamentos y cualquier otra disposición aplicable, y
- 18) Dar trámite, investigar y responder a las solicitudes de Derechos ARCO

B) Para candidatos, colaboradores y ex colaboradores;

- 1) Dar cumplimiento a las obligaciones derivadas de una relación jurídica que con Usted se tenga o se llegase a tener y hacer cumplir y/o ejecutar un contrato.
- 2) Dar cumplimiento a obligaciones de carácter fiscal laboral y seguridad social.
- 3) Realizar el proceso de evaluación para reclutamiento, selección, contratación y administración.
- 4) Contactarlo e informarlo del estado que guarda su proceso de reclutamiento y selección.
- 5) Establecer una relación laboral y elaborar, administrar y actualizar el expediente que se genere
- 6) Pagar la nomina
- 7) Para la atención de requerimientos emitidos por autoridad competente, y
- 8) Dar trámite, investigar y responder a la solicitud de Derechos ARCO.

El responsable no recaba datos personales para finalidades **Secundarias o Accesorias**, es decir no realizamos ningún tipo de publicidad, mercadotecnia y/o prospección comercial. Sus Datos Personales serán tratados únicamente por el tiempo necesario a fin de cumplir con las finalidades descritas en el presente Aviso de Privacidad que se ponga a su disposición, y en su caso conforme a lo establecen las disposiciones legales respectivas

Seguridad y Protección de Datos Personales

Los datos personales que proporcione a **El Responsable** se encontrara debidamente protegidos a través de medidas de seguridad tecnológica, física y administrativa, así como mecanismos diseñados para proteger los datos personales de daño, pérdida, alteración, destrucción o uso no autorizado, acceso o procesamiento. Sus datos personales solo estarán disponibles al personal autorizado por **El Responsable** para procesamiento de a información y solo para las finalidades descritas en este aviso. Cuando ya no sea necesario para los objetivos descritos anteriormente, sus datos personales serán cancelados por **El responsable** salvo que sean legalmente requeridos.

3.- Mecanismo para que el titular pueda manifestar su negativa para finalidades secundarias o accesorias

Le informamos que no ponemos a disposición ningún mecanismo para manifestar su negativa para finalidades secundarias, ya que no realizamos ningún tipo de publicidad, mercadotecnia y/o prospección comercial.

4.- Los Datos Personales Tratados

Los medios para recabar datos personales, con las finalidades descritas en el presente aviso de privacidad son:

- a) De forma personal cuando usted los proporciona personalmente (físicamente)
- b) De forma directa, cuando usted nos los proporciona por medios electrónicos, ópticos, sonoros, visuales, vía telefónica y/o por medio de correo electrónico.
- c) De forma indirecta, a través de una fuente de acceso público o una transferencia

Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente Aviso de Privacidad, le informamos que utilizamos los siguientes datos personales:

Pacientes mayores de edad: nombre (s) y apellido (s), , estado de salud mediante la apertura del expediente clínico (ficha de identificación, historial clínico mediante interrogatorio, exploración física, Resultados previos y actuales de estudio de laboratorio, diagnostico, pronostico, lo anterior conforme a la norma oficial mexicana vigente), fotografías, firma de consentimiento informado, dirección fiscal (calle, numero, exterior, colonia, delegación o municipio, código postal y estado): Registro Federal de Contribuyentes incluyendo la homoclave, nombre o razón social, correo electrónico, así como teléfono fijo y/o móvil, firma y/o huella dactilar,.

Pacientes menores de edad: nombre (s) y apellido (s),, fecha y lugar de nacimiento.

Padres o tutores: nombre (s) y apellido (s), , así como todos los datos necesarios del menor para poder integrar el expediente clínico (ficha de identificación, historial clínico mediante interrogatorio, exploración física, Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, diagnostico, pronostico, lo anterior conforme a la norma oficial mexicana vigente), firma del consentimiento informado así como en su caso datos de facturación para emitir lo correspondiente a los honorarios, dirección fiscal (calle, numero exterior, interior, colonia, delegación o municipio, código postal y estado) Registro Federal de Contribuyentes incluyendo homoclave, nombre o razón social, correo electrónico, así como teléfono fijo y/o móvil y fotografías

Proveedores: nombre o razón social, nombre de su Banco, Sucursales, CLABE Interbancaria y número de cuenta para depósitos, teléfono fijo y/o móvil y correo electrónico.

Candidatos: curriculum vitae. En caso de no ser contactado en un periodo de **tres meses** a partir de la recepción de dichos documentos, le informamos que serán suprimidos de nuestros archivos físicos o electrónicos.

Colaboradores: Además de los anteriores, se recaban un copia los siguiente datos: identificación oficial expedida por el Instituto Nacional Electoral, antes Instituto Federal Electoral, pasaporte vigente, cartilla del servicio militar nacional; comprobante de domicilio vigente; alta en el seguro social, constancia de retención de crédito INFONAVIT, Constancia de no antecedentes penales, fotografía, firma y huella dactilar otorgada en contrato laboral.

Ex colaboradores: Además de los antes mencionados, se recaba firma y/o huella dactilar tanto en la renuncia que presente el colaborador como en el convenio de terminación de la relación laboral: credencial emitida por el consultorio

El responsable: conoce la importancia que tiene la protección de los datos personales de los menores de edad o de personas que se encuentren en estado de interdicción o incapacidad establecida por la ley, por lo que **El Responsable** no obtiene, usa, divulga o almacena información relacionada con menores de edad o de personas que se encuentren en estado de interdicción o incapacidad establecida por la ley, **sin el consentimiento previo de sus padres o tutores**. Si usted es padre/madre o tutor y tiene noticia de que algún menor de edad o de personas que se encuentren en estado de interdicción o incapacidad establecida por la ley haya proporcionado sus datos personales sin su consentimiento, puede ejercer sus derechos conforme al numeral referente a medios y procedimiento para ejercer los "Derechos ARCO"

5.- Datos Personales Sensibles

Le informamos que para las finalidades y objeto de la relación jurídica en el titular, el Responsable requiere tratar datos sensibles, entendiéndose por ello, como aquellos datos personales que afecten la esfera mas intima del "Titular", o cuya utilización indebida puedan

dar origen a discriminación o conlleve un riesgo grave para este. En particular, se consideran sensibles aquellos que puedan revelar aspectos de origen étnico, estado de salud presente y futuro, información genética, creencias religiosas, filosóficas y morales, afiliación sindical, opiniones políticas, preferencia sexual y Género.

a) Para clientes (pacientes) padres o tutores:

Conforme a lo anterior, El responsable recolecta datos sensibles necesarios y que constan en el expediente clínico elaborado por El Responsable, los cuales pueden revelar aspectos relacionados con el estado de salud presente o futuro, asimismo, en caso de que otorgue el consentimiento el titular se obtendrán fotografías del titular en algunos casos. Le aseguramos y nos comprometemos a su resguardo y confidencialidad y nunca transferirlos a terceros, salvo, salvo lo establecido en el artículo 10 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

Por lo anterior requerimos de su consentimiento expreso y por escrito, señalando en el recuadro un "SI" o un

"NO" Consiento que mis datos personales sensibles sean tratados conforme a los términos y condiciones del presente Aviso de Privacidad

Nombre (s) y apellido (s) del Titular, Padre o Tutor

Firma Autógrafa y/o huella dactilar _____

6.- Transferencia de Datos Personales

Únicamente serán transferidos sus datos personales a terceros nacionales que estén relacionados jurídica o comercialmente con El Responsable para cumplir con las finalidades descritas en el Aviso de Privacidad y en sus actualizaciones puestas a su disposición, por lo que El Responsable podrá transferir sus datos personales en los casos previstos y autorizados por la ley conforme a lo siguiente: (i) Al servicio de Administración Tributaria, en virtud de los procesos de emisión y envío de facturas electrónicas por internet: (ii) A las diferentes autoridades para el desahogo de requerimientos o contestación de estos o por contestar en algún tipo de legislación o normatividad: (iii) A contadores y/o Abogados para el manejo, control y registro conforme a la normativa aplicable de los movimientos u operaciones económicas que hace El Responsable, así como para salvaguardar nuestros

derechos y de terceros. (iv) A encargados, para proteger la seguridad y/o intereses de usted, del personal y afiliados de El Responsable, de sus clientes y proveedores o del público en general. (v) Al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMMS); (vi) Al Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los trabajadores (Infonavit) y (vii) A su Banco para el pago de nomina o en caso de realizar el cobro de nuestro servicio con tarjeta de crédito o debito, informándole que nosotros solo contamos con el servicio de procesador de pagos a efecto de facilitar el cobro de nuestros servicios, sin embargo, es su banco el responsable de su información personal de carácter financiero quienes en su caso obtienen su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales cuando usted acepta realizar el cargo de su cuenta y/o consumo a su tarjeta de crédito y/o debito por medio del procesador de pagos; (viii) A terceros en interés del titular por virtud de un contrato entre el Responsable y un tercero, así como para el mantenimiento o cumplimiento de una relación jurídica entre el titular y el Responsable; (ix) Para la prevención o el diagnostico medico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamiento médico o la gestión de servicios sanitarios. Le informamos que sus datos personales no serán comercializados, cedidos, traspasados o informados a terceros sin el consentimiento expreso y por escrito del "Titular"

Conforme a lo anterior, El Responsable transfiere datos sensibles necesarios y que constan en el expediente clínico elaborado por El Responsable, los cuales pueden revelar aspectos relacionados con el estado de salud o futuro, asimismo, en caso de que otorgue el consentimiento nos comprometemos a su resguardo y confidencialidad y transferirlos a terceros para cumplir solamente con nuestras finalidades primarias.

7.- Consentimiento para transferencia de Datos Personales

Le informamos que para la transferencia de datos personales descrita en el numeral anterior, se requiere de su consentimiento, es necesario para la relación jurídica entre el Titular y El Responsable.

Por lo anterior requerimos de su consentimiento expreso y por escrito, señalando en el recuadro un "SI" o un "NO" Consiento que mis datos personales sensibles sean transferidos conforme a los términos y condiciones del presente Aviso de Privacidad.

Nombre (s) y Apellido (s) del titular, padre o tutor:

Firma Autógrafa y/o huella dactilar _____

8.- Medios y procedimiento para Ejercer los "Derechos ARCO"

Le informamos que usted tiene derecho a conocer que datos personales tenemos de Usted, para que los utilizamos y las condiciones del uso que les damos (Acceso). Asimismo, es su derecho

solicitar la corrección de su información personal en caso de que este desactualizada, sea inexacta o incompleta (Rectificación); que la eliminemos de nuestros registros o bases de datos cuando considere que la misma no está siendo utilizada conforme a los principios, deberes y obligaciones previstas en la normativa (Cancelación); así como oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (Oposición). Estos derechos se conocen como derechos ARCO.

Para el ejercicio de Derechos Arco usted podrá solicitar informes al **(0181) 14.77.58.58** en donde con gusto será atendido en un horario de **lunes a viernes de 10:00 am a 5:00 pm**

Para el ejercicio de Derechos ARCO le proporcionamos **Dos Medios:**

1) Directamente en el Domicilio de El Responsable señalado en el numeral uno del presente aviso, en donde le proporcionaran el formato de Solicitud de Derecho ARCO, así como los requisitos y documentación necesaria que debe adjuntar a la misma.

2) Enviando un correo electrónico (el cual solicitamos confirme vía telefónica para garantizar su correcta recepción) a la siguiente dirección de correo electrónico: privacidad@hospitalsanbernabe.com dirigiendo su petición a **El Responsable**

Le envié a su correo electrónico el formato de Solicitud de Derechos ARCO, lo imprima y llene los campos correspondientes firmando dicha solicitud y adjuntarla en su correo previamente escaneada, así como anexando los documentos que lo identifiquen como titular y cualquier otro que facilite la localización del dato personal del que ejerce el derecho

Procedimientos y Requisitos para el Ejercicio de los Derechos ARCO: para el ejercicio de los derechos referidos anteriormente, su petición deberá ir acompañada por lo menos de la siguiente información:

1) Nombre completo indicando si es cliente (paciente) padre o tutor,, proveedor, candidato, colaborador o ex colaborador, así como su domicilio completo.

2) Documentos que acrediten la identidad del titular o la representación legal del titular de los datos personales.

3) Descripción clara precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos mencionados por la Ley.

4) Cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales.

5) Aportar la documentación que sustente su petición.

6) Para el ejercicio de los derechos ARCO de datos personales de menores de edad o de personas que se encuentren en estado de interdicción o incapacidad establecida por la ley, se estará a las reglas de representación dispuestas en el Código Civil Federal.

7) En caso de solicitudes de rectificación, el titular deberá indicar además de los numerales de 1 a 6 del presente apartado, las modificaciones a realizarse y aportar la documentación que sustente su petición.

El Responsable comunicará al titular, en un plazo máximo de **veinte días hábiles**, contados desde la fecha en se recibió la solicitud de acceso, rectificación, cancelación u oposición, la determinación adoptada, a efecto de que si resulta procedente, se haga efectiva la misma dentro de los **quince días hábiles** siguientes a la fecha en se comunica la respuesta. Los plazos antes referidos podrán ser ampliados una sola vez por un periodo igual, siempre cuando así lo justifiquen las circunstancias del caso. La entrega de los datos personales será gratuita, debiendo cubrir el titular únicamente los gastos justificados de envío o con el costo de producción en copias y otros formatos

9.- Mecanismo para que el titular pueda Revocar su Consentimiento para el uso de sus Datos Personales

Usted puede revocar el consentimiento que, en su caso, nos haya otorgado para el tratamiento de sus datos personales. Sin embargo, es importante que tenga en su cuenta que no en todos los casos podremos atender su solicitud o concluir en uso de forma inmediata, ya que es posible que por alguna obligación legal requiramos seguir tratando sus datos personales. Asimismo, usted deberá considerar que para ciertos fines, la revocación de su consentimiento implicará la conclusión de su relación jurídica con nosotros. Para revocar su consentimiento Usted deberá seguir el procedimiento señalado en su numeral anterior, indicando específicamente para qué dato personal está solicitando su revocación.

10.- Opciones y medios que el Responsable ofrece al titular para limitar el Uso o Divulgación de sus Datos Personales

Les informamos que **El Responsable** no ofrece opciones y medios para limitar el uso o divulgación de sus datos personales, ya que estos no son ni serán tratados por **El Responsable** para fines mercadotécnicos, publicitarios o de prospección comercial.

11.- Uso de Cookies, Web Beacons o cualquier otra tecnología análoga

Le informamos que **"El Responsable"** no cuenta en su portal de internet con esta tecnología

Las redes sociales (como **Facebook**) constituyen una plataforma de comunicación y de interconexión entre plataformas digitales de los distintos usuarios, son ajenas **"Hospital San Bernabé"** y, por lo tanto, no se encuentran bajo su responsabilidad. La información que proporcione dentro de redes sociales en las que **"Hospital San Bernabé"** participa como usuario, no constituye ni forma parte de los Datos Personales, sujetos a la protección de este Aviso de Privacidad, siendo responsabilidad

de la empresa prestadora de esa plataforma y de quien lo publica, por lo que le recomendamos consultar el aviso de privacidad de dichas redes sociales.

12.- Cambios De Avisos de Privacidad

El presente Aviso de Privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales; de nuestras propias necesidades por los productos o servicios que ofrecemos; de nuestras prácticas de Privacidad; de cambios en nuestro modelo de negocios o por otras causas.

Nos comprometemos a mantenerlo informado sobre los cambios que pueda sufrir el presente Aviso de Privacidad por lo que le recomendamos visite el domicilio de El Responsable periódicamente, para cualquier duda envíe un correo al El Responsable del tratamiento de sus datos personales al correo electrónico privacidad@hospitalsanbernabe.com

Instituto Nacional de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (IFAI)

El titular de los Datos Personales podrá en caso de que considere que su derecho de protección de datos personales ha sido lesionado por el tratamiento indebido de sus datos personales, interponer su queja o denuncia correspondiente ante el Instituto Nacional de Acceso a la Información y Protección de Datos (INAI), para más información visite el portal de Internet del IFAI: www.inai.mx

Monterrey, Nuevo León a _____ de _____ de _____

Señale con una "X" la siguiente leyenda: Acepto que he leído y entendido el presente Aviso de Privacidad.

Nombre (s) y apellido (s) _____

Firma y/o Huella dactilar _____