



RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

La Dra. Ana Rosa Ambriz Plascencia, será la Responsable para efectos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (la “Ley de Datos”) y que en lo sucesivo se denominará indistintamente como “La Responsable”, con domicilio en Av. Alcade 2170, Col. Sta, Mónica, C.P. 44220, Guadalajara, Jalisco, de conformidad con lo establecido en el Artículo 17, fracción II de la Ley de Datos.

FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES.

Se le informa que los datos personales en posesión de la Dra. Ana Rosa Ambriz Plascencia, serán utilizados para:

1. Prestación de Servicio Médico que requiere.
2. Remitir sus datos, en su caso, a otros médicos tratantes, interconsultantes, Hospitales y Servicios Clínicos.
3. Transferir sus datos, en su caso, a la aseguradora o empresa de Convenio de Atención Médica, con quien tenga contratada una póliza de seguro de gastos médicos; o bien sea derechohabiente.
4. Creación, estudio, análisis, actualización y conservación del Expediente Clínico.
5. Estudios, registros, estadísticas y análisis de Información de Salud.
6. Facturación y Cobranza por Servicios.
7. Determinar si requiere ser tratado como paciente vulnerable y de alto riesgo.
8. Otorgar un Tratamiento Correcto.
9. Conservación de registros para seguimiento a servicios, prestación de servicios en el futuro y en general para dar seguimiento a cualquier relación contratada.
10. Para encuestas de satisfacción de servicios, promoción y mercadeo de productos y servicios que ofrece de la Dra. Ana Rosa Ambriz Plascencia.

Por lo tanto y para alcanzar las finalidades antes expuestas, se tratarán los siguientes datos personales: Nombre completo, domicilio, número telefónico de casa o de trabajo u oficina, así como de teléfono móvil, estado civil, edad, sexo, nacionalidad, fecha de nacimiento, nombre, domicilio y teléfono de algún familiar que designe como familiar responsable y con quien podamos comunicarnos en caso de urgencia; en su caso, su número de póliza y demás información relacionada con el seguro de gastos médicos que tenga contratado; en su caso, número de cuenta de tarjeta de crédito, la cual podrá serle solicitada a fin de verificar el nombre del titular, número de cuenta, Institución Bancaria, monto de crédito autorizado, datos fiscales.



DATOS SENSIBLES.

A fin de poder brindar la atención médica y conforme a la legislación en salud aplicable, le serán solicitados los siguientes datos personales sensibles: religión, estado de salud actual, padecimientos pasados y presentes, antecedentes heredofamiliares, síntomas, antecedentes patológicos relevantes, antecedentes de salud. En relación con los datos personales y datos sensibles que se mencionan, la Dra. Ana Rosa Ambriz Plascencia, se compromete a que el tratamiento será el absolutamente indispensable para las finalidades mencionadas y a tratarlos bajo las medidas de seguridad adecuadas para proteger la confidencialidad de los mismos y que en caso de prever otra finalidad se le solicitará su autorización efectuando la modificación al Aviso de Privacidad respectivo.

TRANSFERENCIA.

Para la presentación de servicios de la Dra. Ana Rosa Ambriz Plascencia, puede transferir dentro y fuera del país los datos personales en su posesión a terceros subcontratados para fines relacionados con los señalados en este aviso de privacidad. Dentro de los terceros a los que se transfieran dichos datos se incluyen sin limitar laboratorios, clínicas, hospitales, centros de investigación, aseguradoras etc. autoridades o aquellos que de la Dra. Ana Rosa Ambriz Plascencia, considere necesario o conveniente comunicar datos personales

LIMITACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE DATOS PERSONALES.

- Para limitar el uso de sus datos personales, conforme a lo establecido en la Ley de Datos, podrá solicitar a través del correo electrónico draanaambrizp@hotmail.com, el ejercicio de sus Derechos ARCO, que consisten en el acceso a sus datos personales, a su rectificación, cancelación u oposición a su tratamiento para fines específicos; siendo el Comité de Privacidad el encargado de dar seguimiento a su solicitud y de darle una respuesta dentro de los siguientes 20 (veinte) días hábiles. Asimismo, a través del Comité de Privacidad, Usted podrá revocar su consentimiento al presente Aviso de Privacidad.

MEDIOS PARA EJERCER DERECHOS ARCO.

- Para el ejercicio de sus Derechos ARCO y / o la revocación de su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales por la Dra. Ana Rosa Ambriz Plascencia, deberá presentar una solicitud, al "Comité de Privacidad", al correo electrónico mencionado anteriormente, acompañando la siguiente información:
 - I. Nombre, domicilio completo (calle, número interior y/o exterior, colonia, código postal, ciudad y estado).
 - II. Identificación con la que acredite su personalidad (credencial del IFE, pasaporte vigente, cédula profesional o documento migratorio).



- III. En caso de no ser el titular quien presente la solicitud, el documento que acredite la existencia de la representación, es decir, instrumento público o carta poder firmada ante dos testigos, junto con identificación del titular y del representante (credencial del IFE, pasaporte vigente, cédula profesional o documento migratorio).

** Para el caso de menores de edad, se deberá acreditar la representación legal de este, serán: acta de nacimiento y credencial con fotografía del menor (la otorgada por la institución académica a donde acuda), credencial del IMSS, Pasaporte vigente, o cualquier otra que cuente con fotografía del mismo, además que al acudir a presentar los documentos para su cotejo respectivo, la firma del documento que se anexará a la solicitud como "Acreditación de representación legal" en el cual bajo protesta de decir verdad, se manifiesta ser el responsable del menor.

- IV. Una descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los cuales busca ejercer alguno de los Derechos ARCO, cuál es el derecho a ejercer y las razones por las cuales desea ejercerlo.

MEDIOS PARA REVOCAR CONSENTIMIENTO.

En cualquier momento puede solicitar la revocación del consentimiento otorgado a la Dra. Ana Rosa Ambriz Plascencia, para tratar sus datos personales, enviando una solicitud por escrito dirigido a nuestro Departamento de Datos Personales: Av. Alcade 2170, Col. Sta, Mónica, C.P. 44220, Guadalajara, Jalisco, de lunes a viernes de 10:00 a 20:00 horas, en la que se detalle claramente los datos respecto a los que revoca su consentimiento.

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 la Dra. Ana Rosa Ambriz Plascencia, o cualquier otra causa a entera discreción de la Dra. Ana Rosa Ambriz Plascencia, en tal caso las modificaciones estarán disponibles.

Declaro bajo protesta de decir verdad que he leído en su totalidad este aviso de privacidad y entiendo plenamente su alcance y contenido. Por medio del presente otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales, incluso los datos sensibles, de acuerdo a este aviso de privacidad.



**Dra. Ana Rosa
Ambriz Plascencia**
CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA

AVISO DE PRIVACIDAD

Nombre _____

Firma _____ Fecha _____