AVISO DE PRIVACIDAD
PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES EN UNIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA DE SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN, O.P.D. (SIMPLIFICADO)

SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN, O.P.D., 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 del Estado de Nuevo León, y demás normatividad que resulte aplicable.

Finalidad del tratamiento de sus datos personales
Los Datos Personales que proporcione, serán protegidos y tratados únicamente con la finalidad de brindarle servicios de prevención, tratamiento, diagnóstico, atención médica, y/o la gestión de servicios médicos necesarios, según sea el caso.

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 del vínculo electrónico en http://nl.infomex.org.mx/ ó ante la Unidad de Transparencia de la Dirección de Contraloría Interna, en el piso 8° de la Torre Administrativa ubicada en Washington No. 2000 Ote. Colonia Obrera Monterrey, Nuevo León.

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.

Seleccione la manera en la que desea ser contactado:
De manera adicional, los datos personales que proporcione, como lo son domicilio, el número de teléfono y el de un contacto adicional (en el entendido que usted cuenta con el consentimiento para proporcionarlos), podrán ser utilizados para la recalendarización de servicios, citas, resultados de laboratorio o de algún estudio realizado, así como el seguimiento de la atención médica.

Domicilio ☐ **Teléfono** ☐ **Número adicional** ☐ **No deseo ser contactado** ☐

Nombre del Paciente	Fecha y Firma

Unidad de Transparencia - Ultima Actualización 06-05-2020