

**AVISO DE PRIVACIDAD DE CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA POLANCO S. A. DE C. V.**

**RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

**CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA POLANCO S.A. DE C.V., con domicilio en Homero 1425-605, Colonia Polanco, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11560, México D.F., es responsable del tratamiento de sus Datos Personales conforme a este aviso de privacidad.**

**FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES**

Los Datos Personales en Posesión den **CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA POLANCO S.A. DE**

**C.V.**, serán utilizados para:

Prestación de servicios médico-hospitalarios, incluyendo sin limitar (I) consultas (II) hospitalización, (III) cirugía, (IV) estudios diagnósticos y (V) demás fines relacionados con servicios de salud

1. Creación, estudio, análisis actualización y conservación del expediente clínico.
2. Facturación y cobranza por servicios.
3. Estudios, registros, estadísticas y análisis de la información de salud.
4. Conservación de registros para seguimiento a servicios, prestación de servicios en el futuro y en general para dar seguimiento a cualquier relación contractual.
5. Análisis estadísticos y de mercado.
6. Comunicación de información relevante y servicios.

**DATOS PERSONALES:**

Por lo tanto y para alcanzar las finalidades antes expuestas, se tratarán los siguientes datos personales: Nombre completo, domicilio, teléfono, correo electrónico, 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 algunos servicios, también se tomarán fotografías o videos que se integrarán a su expediente clínico, con la finalidad de llevar un registro por estos medios de su evolución o del tratamiento brindado.

**DATOS FINANCIEROS:**

Para el cumplimiento de las finalidades antes citadas, en caso de ser necesario se recabarán

los siguientes datos financieros: datos de cuenta bancaria y datos fiscales.

### DATOS SENSIBLES

A fin de poder brindar la atención médico-hospitalaria y conforme a la legislación en salud aplicable, le serán solicitados los datos personales sensibles que se requieran para tal efecto: religión, estado de salud actual, padecimientos pasados y presentes, antecedentes heredofamiliares, síntomas, antecedentes patológicos relevantes, antecedentes de salud, en algunos casos, cuando se requiera para su adecuada atención médica también podrán ser tratados datos personales sensibles como lo son la preferencia sexual e información genética (este último dato, para estudios de diagnóstico clínico que Usted o su médico tratante hayan solicitado).

### TRANSFERENCIA

Para la prestación de servicios **CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA POLANCO S.A. DE C.V.**, puede transferir dentro y fuera del país, los datos personales en su posesión a otros médicos, clínicas, Hospitales, instituciones de estudios e investigación, laboratorios, aseguradoras y terceros subcontratados para fines relacionados con los señalados en este aviso de privacidad.

## **LIMITACION DE USO Y DIVULGACION DE DATOS PERSONALES**

Para limitar el uso de sus datos personales, favor de enviar un correo electrónico a **CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA POLANCO S.A. DE C.V.**, [cirugia@cortaestanciapolanco.com](mailto:cirurgia@cortaestanciapolanco.com), o notificación por escrito al domicilio arriba señalado.

## **MEDIOS PARA EJERCER DERECHOS ARCO (ACCESO, RECTIFICACION, CANCELACION, Y OPOSICION)**

Para el ejercicio de sus Derechos ARCO y/o la revocación de su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales por **CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA POLANCO S.A. DE C.V.**, agradeceremos presente una solicitud (“Solicitud de Ejercicio de Derechos ARCO”) mediante correo electrónico, [cirugia@cortaestanciapolanco.com](mailto:cirurgia@cortaestanciapolanco.com) o notificación por escrito al domicilio arriba señalado, acompañando la siguiente información:

I. Nombre y 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).

### Notas:

- Para el caso de menores de edad, los documentos para 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), 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

- Para el caso de interdictos, los documentos para acreditar la representación legal serán: acta de interdicto y credencial con fotografía de la persona que ostente esta situación jurídica, ya sea, credencial del IFE, pasaporte vigente, cédula profesional o documento migratorio.

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 ejercitarlo;

V. Cualquier documento o información que acredite que sus datos personales se encuentran en propiedad de **CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA POLANCO S.A. DE C.V.**,

VI. En caso de solicitar una rectificación de datos, favor de indicar también las modificaciones a realizarse, aportando la documentación que sustente su petición.

En un término de 20 (veinte) días hábiles contados a partir de que se le envíe acuse de recibo de su Solicitud. En caso de que la Solicitud sea procedente, la respuesta podrá enviarse vía correo electrónico o de forma personal, **CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA POLANCO S.A. DE C.V.**, podrá solicitarle, para poder darle una respuesta, que presente para cotejo en el domicilio antes citado, original de los documentos que envió junto con su Solicitud, dentro de los 5 (cinco) días hábiles a que le sean requeridos. Si pasado dicho término, no se presentan los citados documentos, la Solicitud se dará por concluida.

Cuando la Solicitud sea procedente y se hayan llevado a cabo los cotejos correspondientes con respecto a la personalidad y titularidad de los Derechos ARCO los términos para dar respuesta serán los siguientes:

- Para el acceso de los datos o su rectificación: dentro de un plazo de 15 días contados a partir de la respuesta afirmativa del Comité de Privacidad.
- Para la cancelación u oposición de los datos: se hará primero un bloqueo de los mismos, desde el momento en que se hizo el cotejo de la documentación requerida, en donde el acceso a los datos personales estará restringido a toda persona hasta que haya una respuesta a la solicitud ya sea afirmativa o negativa, en el primer caso dentro de un plazo de 15 días contados a partir de la respuesta afirmativa hecha por el Comité de Privacidad y en el segundo caso, se hará el desbloqueo de los mismos para seguir con el tratamiento.

## MEDIOS PARA REVOCAR CONSENTIMIENTO

En cualquier momento puede solicitar la revocación del consentimiento otorgado para tratar sus datos personales enviando un correo electrónico a **CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA**

POLANCO S.A. DE C.V.,  
[aestanciapolanco.com](http://aestanciapolanco.com)

[cirugia@cort](mailto:cirugia@cort)

o notificación por escrito al domicilio arriba señalado, en la que se detalle claramente los datos respecto de los que revoca su consentimiento.

## NOTIFICACION DE CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD

Cualquier cambio en el aviso de de privacidad será notificado por Representante Legal de **CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA POLANCO S.A. DE C.V.**,

***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.***