

Aviso de Privacidad

1. Identidad y Domicilio del Responsable

Michelle Salinas Morote, (en adelante, el(la) «Responsable» y/o su «Médico») dedicado a la prestación de servicios profesionales médicos, con domicilio en Circuito Puericultores No. 3, Cd. Satélite, recaba sus datos personales, incluyendo los sensibles, como parte de una relación profesional y para efectos del cumplimiento de sus obligaciones, por lo que en respeto al derecho de toda persona a la privacidad y a la autodeterminación informativa, se pone a su disposición el presente Aviso de Privacidad. La captura y almacenamiento de sus datos personales se realiza por conducto de la plataforma tecnológica ELEONOR, operada por BIOVERCOME, S.A.P.I. de C.V., como herramienta de apoyo para la creación, administración, resguardo y consulta de expedientes clínicos virtuales.. Así, el Responsable usará y custodiará dichos datos personales solamente de acuerdo a lo señalado en el presente aviso de privacidad, por lo que puede estar seguro de que los mismos no serán utilizados para ningún otro fin que no sea lo que a continuación se manifiesta.

La recolección, obtención, uso, almacenamiento, acceso, tratamiento y transferencia de datos personales por parte del Médico se encuentran sujetos a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP), y su reglamento (en adelante la normatividad vigente).

Al proporcionar información al Médico por cualquier medio (verbal o por escrito, ya sea por medios físicos o electrónicos), usted confirma que está de acuerdo con los términos de este Aviso de Privacidad. Si usted no estuviere de acuerdo con cualquier término del Aviso de Privacidad, por favor no proporcione dato personal alguno al Médico. Si decide no proporcionar al Médico ciertos datos personales, acepta la posibilidad de no tener acceso a los servicios que éste proporciona, sin que se genere responsabilidad alguna para éste último.

Este aviso de privacidad se pone a su disposición con el fin de ofrecerle seguridad en el manejo de sus datos, un mejor servicio y atención, así como de dar cumplimiento a la normatividad vigente.

2. Definiciones

Para efectos de la LFPDPPP y para facilitar el entendimiento de este aviso- definimos a continuación los siguientes términos:

- **Responsable y/o Médico:** Su médico(a) ya sea como persona física o como miembro de un sistema de Clínica;
- **Titular:** Es la persona física a quien corresponden los datos personales quien proporcionará sus datos, o en el caso de menores de edad y/o discapacitados a través de la persona que la representa;
- **Encargado:** Es la persona física o moral, pública o privada, ajena a la organización del responsable que sola o conjuntamente con otras, trata datos personales por cuenta del responsable, como consecuencia de la existencia de una relación jurídica que le vincula con el mismo y delimita el ámbito de su actuación para la prestación de un servicio.

3. Datos Personales que se Recaban

Con el fin de prestarle nuestros servicios para la finalidad descrita en el presente Aviso de Privacidad, podemos requerir de usted la siguiente información y documentación:

1. Nombre del paciente y/o de quien lo representa;
2. Firma del paciente y/o de quien lo representa;
3. Identificación oficial;
4. Información de facturación;
5. Teléfono;
6. Dirección;
7. Dirección de correo electrónico;
8. Nombre de contacto de emergencia;
9. Información de seguros;
10. Datos Sensibles como: tipo de sangre, historial clínico (interrogatorio completo y exploración física completa), enfermedades, padecimientos, incapacidades, consumo de sustancias tóxicas, alergias, información genética, tratamientos médicos, estado de salud presente, cuestiones de carácter psicológico y/o psiquiátrico, fotografía y/o Huella digital del paciente y/o de quien lo representa; mismos que recaba de forma personal cuando el Titular solicita la prestación de los servicios del Médico;
11. Información médica referida por otros médicos o instituciones médicas;
12. Antecedentes de vacunación;
13. Antecedentes médico-familiares, personales patológicos, personales no patológicos;
14. Resultados de exámenes de laboratorio, análisis;

En caso de menores de edad e incapaces, las personas que pongan a disposición los datos deberán de ser quienes ejerzan la patria potestad y en casos de urgencia, la persona que lo acompañe.

4. Finalidades Primarias y Secundarias

Finalidades Primarias

Su Médico recaba sus datos personales para proteger, promover y recuperar la salud del Titular de los datos, a fin de: (A) conocer su historial, antecedentes y/o cualesquiera condiciones médicas que permitan determinar la salud y estado físico del Titulara efecto de poderle prestar la atención médica y servicios más aptos para sus necesidades particulares; y (B) compartir con otros especialistas/instituciones médicos aquella información que sea necesaria para atender cualesquiera emergencias médicas; (C) compartir con otros especialistas/instituciones médicas aquella información que sea necesaria para que usted reciba la atención médica y servicios más aptos para sus necesidades particulares; y/o (D) para prevenir por cualquier medio posible y al alcance de los especialistas enfermedades y/o cualquier menoscabo en la salud del Titular.

Finalidades Secundarias

Su Médico recaba y usa sus datos para finalidades secundarias como son:

- Hacerle llegar información y/o promociones que pueden ser importantes para el cuidado de su salud.
- Para avisarles de campañas de salud públicas o privadas.
- Para informarles de nuevos productos en el mercado que beneficien a su salud.

En caso de que no desee que sus datos personales se utilicen para estos fines secundarios el Titular deberá marcar la casilla respectiva que aparece enseguida, con lo cual su Médico se abstendrá de utilizar sus datos personales para las finalidades secundarias arriba descritas.

No acepto que se utilicen mis datos para los fines secundarios

¿Para qué usamos sus Datos Personales?

Su Médico recaba y usa sus datos para complementar la finalidad primaria de:

- Confirmar su identidad;
- Elaborar un expediente de paciente que facilite a su Médico conocer detalladamente su historial y antecedentes médicos, así como cualesquiera condiciones particulares que se deban considerar al momento de realizar consultas, de emitir diagnósticos y/o pronósticos, de recomendar procedimientos y/o tratamientos y/o hospitalización y, en caso de ser necesario, de referir al paciente a otro especialista/institución médica;
- Sugerir procedimientos de prevención a la salud.
- Solicitar la elaboración de estudios, análisis, así como la actualización y conservación de expedientes clínicos;
- Notificarle sobre citas programadas;
- Facturación y cobranza por la prestación de los servicios médicos;
- Notificarle sobre el momento, frecuencia y cantidad en que debe tomar cualesquiera medicamentos que le sean recetados;
- Contar con información médica precisa para atender emergencias, en caso de ser necesario, y de notificarlas a la persona que usted indique;
- Estudios, registros, estadísticas y análisis de información de salud, conservación de registros para seguimiento de los servicios médicos prestados;
- En su caso, cumplir lo requerido por la normatividad vigente.
- Cumplir con los requerimientos de naturaleza legal que cualquier autoridad competente o cualquier legislación aplicable imponga a su Médico.
- Elaborar informes/reportes para entregar a compañías aseguradoras a efecto de realizar trámites ante ella;
- Para encuestas de satisfacción de servicios médicos prestados;
- Dar seguimiento a cualquier relación de prestación de servicios médicos.
- Para la emisión de recetas electrónicas.
- Para que las farmacias conozcan y surtan los medicamentos indicados en las recetas electrónicas.

07/04/2026

5. Uso de herramientas tecnológicas e inteligencia artificial.

El Médico podrá utilizar la plataforma tecnológica ELEONOR, operada por BIOVERCOME, S.A.P.I. de C.V., como herramienta para la creación, administración, resguardo y consulta de expedientes clínicos virtuales.

Asimismo, a través de la plataforma ELEONOR, el Médico podrá utilizar a su criterio herramientas tecnológicas que incorporan un asistente virtual basado en inteligencia artificial denominado "SoflA", el cual asiste al Médico como herramienta en el desarrollo de sus funciones profesionales. El uso de la plataforma ELEONOR y del asistente virtual no sustituye el criterio profesional, diagnóstico, tratamiento ni la responsabilidad del Médico.

6. Transferencia de sus Datos.

Transferencias sin necesidad de consentimiento: Para cumplir con la finalidad primaria establecida en el presente Aviso de Privacidad, el Médico podrá transferir sus datos personales recabados en los siguientes casos:

- En casos de emergencia, con otro médico y/o institución médica para que usted reciba la atención y servicios pronto para atender su emergencia, para lo cual, éstos tendrán la obligación de proporcionarle su propio aviso de privacidad;
- A Instituciones oficiales del sector salud que ofrezcan campañas nacionales y/o locales para la prevención y atención de servicios de salud;
- Para dar cumplimiento a las disposiciones oficiales de acuerdo a la legislación vigente; y,
- Para dar cumplimiento a los requerimientos de autoridad judicial o ejecutiva.

Transferencias donde requerimos de su consentimiento:

- En caso de que la atención y servicios médicos que usted necesita requieran que su Médico realice consultas con otro Médico especialista, médicos inter consultantes, médicos tratantes, incluyendo personal de éstos que se considere de apoyo y auxiliares de la salud, bastará que lo solicite por cualquier medio para que se entienda la autorización expresa de usted para esta transferencia;
- A las Aseguradoras que en su caso tenga contratada póliza de seguro de gastos médicos y el Titular lo requiera para reclamar el pago de sus gastos.

A la firma del presente, autorizó expresamente que todos mis datos personales recabados por el Médico, incluyendo los sensibles, puedan ser tratados, transferidos, y encargados conforme al presente Aviso de Privacidad, autorización que otorgo para todos los efectos legales a que haya lugar de conformidad con los artículos 7,8 y demás aplicables de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y normatividad vigente.

7. **Medios y procedimiento para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición (ARCO)** Usted, como Titular de sus datos personales, tiene derecho a conocer qué datos personales tiene su Médico y para qué los utiliza (Acceso). Asimismo tiene derecho a corregir su información en caso de que esta sea inexacta, incompleta o se encuentre desactualizada (Rectificación). También, como Titular de los datos personales, usted puede solicitar que estos se eliminen de nuestros registros (Cancelación), en caso de que sus datos no sean utilizados adecuadamente. Por último, el Titular tiene derecho a oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (Oposición). Así como la limitación a la divulgación y la revocación del consentimiento. Estos derechos se conocen como derechos ARCO y usted, como Titular de los datos personales, los puede ejercer en cualquier momento a través del proceso que establece la Ley y que a continuación resumimos:

Procedimiento: Para ejercitar sus derechos ARCO el Titular deberá formular una solicitud a través de los siguientes medios:

- Solicitud Impresa, presentada personalmente en el domicilio Médico dirigida a: Michelle Salinas Morote
- Solicitud Electrónica, enviada vía correo electrónico a la dirección: michelle_sm4@hotmail.com

Con el fin de que el Médico esté en posibilidad de darle respuesta en el tiempo que señala la ley, todas las solicitudes de ejercicio de derechos ARCO -sean impresas o electrónicas- deberán:

1. Especificar el(los) derecho(s) que desea hacer valer;
2. Especificar las razones para ejercitar dicho derecho;
3. Incluir una identificación oficial vigente del Titular del derecho;

En caso de que no se cumpla alguno de los requisitos arriba descritos, su Médico tendrá un plazo de 5 (cinco) días naturales (contados a partir de la fecha en que haya recibido la solicitud) para requerirle por una sola vez que aporte los documentos y/o información necesarios para dar trámite a la solicitud. A partir de la fecha en que se realice este requerimiento, el Titular contará con 10 (diez) días naturales para darle cumplimiento. En caso de no hacerlo dentro de dicho plazo, la solicitud de ejercicio de derechos ARCO se tendrá por no presentada.

En caso de que la solicitud de ejercicio de derechos ARCO sí cumpla con los requisitos establecidos, su Médico tendrá un plazo máximo de veinte días naturales para comunicarle la determinación adoptada respecto de la solicitud. En caso de que la solicitud de ejercicio de derechos ARCO sea procedente, su Médico **(A)** hará efectiva la determinación dentro de un plazo máximo de 15 (quince) días naturales contados a partir del día en que se notifique al Titular la determinación descrita en el párrafo anterior, y **(B)** dará aviso al Titular de que se ha dado cumplimiento su solicitud.

8. Medios y procedimiento para revocar el consentimiento al tratamiento de sus datos

Usted puede revocar el consentimiento que, en su caso, nos haya otorgado para el tratamiento de sus datos personales. para los fines secundarios.

Para revocar su consentimiento deberá presentar su solicitud a través de los siguientes medios:

- Solicitud Impresa, presentada personalmente en el domicilio Médico dirigida a: Michelle Salinas Morote
- Solicitud Electrónica, enviada vía correo electrónico a la dirección: michelle_sm4@hotmail.com

07/04/2026

El Médico deberá responder a su solicitud en un plazo no mayor a 10 días hábiles y confirmar que ha eliminado sus datos de la lista de finalidades secundarias, conforme a su petición.

¿Cómo conocer los cambios del presente aviso de privacidad?

El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones, por lo que nos comprometemos a mantenerlo informado a través de algunos de los siguientes medios:

- Notificación a su dirección de correo electrónico que utilizamos para comunicarnos con el paciente; y/o
- Notificación personal, en los casos de citas en el consultorio donde le podamos dar el nuevo aviso de privacidad.

9. Conservación de Datos Personales

Su Médico conservará la información del Titular por un término máximo de 5 (cinco) años contados a partir de la última cita médica, para dar cumplimiento a las disposiciones legales correspondientes.

En el supuesto de que el Titular de los derechos desee cambiar de médico deberá informarle al Médico y solicitarle su Expediente Clínico. El Médico entregará la documentación correspondiente de forma física o electrónica, y el Titular deberá firmar acuse de recibido, liberando al Médico de cualquier guardia o custodia en el futuro.

En el supuesto de que el Médico, por cualquier causa, dejare de prestar sus servicios profesionales, podrá a petición del Paciente reintegrarle su expediente electrónico enviándolo a la última dirección electrónica que este haya proporcionado y deberá de pedirle al Titular un acuse de recibo.

¿Cómo contactarnos?

Si usted tiene alguna duda sobre el presente aviso de privacidad puede hacerla llegar a nuestra dirección de correo electrónico, dirigida al Médico, quien es responsable de la privacidad de sus datos personales.

Para cumplir con los anteriores fines, yo **Michelle Salinas Morote del Titular (paciente)**; con domicilio en _____; con número de teléfono +52 +525555071265; y con dirección de correo electrónico [correo#]. Mediante mi firma autógrafa y/o firma electrónica y/o cualquier mecanismo de autenticación que establece la normatividad vigente, manifiesto expresamente que **(i)** estoy enterado de los términos del presente aviso de privacidad; y **(ii)** doy mi autorización expresa para que mis datos personales incluyendo los sensibles, se traten de conformidad con el presente Aviso de Privacidad, mismo que fue puesto a mi disposición de forma personal, manifestando tenerlo a la vista, haberlo leído y estar de acuerdo con su contenido. El suscrito expresamente deslindo al Médico y a los encargados de cualquier tipo de responsabilidad derivado del tratamiento de mis datos personales, siempre y cuando no exista dolo ni mala fe.

Conforme a lo previsto en la normatividad vigente, en el caso de menores de edad o incapaces, el suscrito, a la firma del presente, manifiesto bajo protesta de decir verdad, ser el padre o tutor del menor de edad o del incapaz Titular de los datos facilitados, por lo que acepto toda responsabilidad al respecto, asumiendo cualquier reclamación que pudiera surgir, comprometiéndome a deslindar al Médico y a los encargados que realicen el tratamiento de datos personales del menor o del incapaz, de toda responsabilidad. En caso de no proporcionar al Médico ciertos datos del suscrito o en su caso del menor o incapaz del que soy padre o tutor, acepto la posibilidad de que no se tenga acceso por parte del suscrito o del menor o incapaz del que soy padre o tutor a los servicios que éste proporciona, sin que se genere responsabilidad alguna para éste último.

[Michelle Salinas Morote]

[FIRMA]

Última actualización 15 de marzo del 2026.

Última revisión 23/03/2026

Firma del Paciente / Responsable
Michelle Salinas Morote