

## Aviso de Privacidad

*SOCIEDAD ESPAÑOLA DE BENEFICENCIA, institución de asistencia privada que se ostenta al público como HOSPITAL ESPAÑOL VERACRUZ, con domicilio en Avenida 16 de Septiembre número 955, Colonia Centro, Municipio de Veracruz, C.P. 91700, de esta Ciudad y Puerto de Veracruz, Veracruz; es LA RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES, por lo que hace de su conocimiento que dichos datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros, recabados, que se recaben o generados con motivo de la prestación de servicios de esta Institución Hospitalaria, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha atención hospitalaria y médica, tales como: identificación, operación, administración y análisis, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación, conforme a la legislación aplicable, quedando convenido que usted acepta que sus datos sean compartidos(y/o transferidos,) entre el personal a cargo de los diversos servicios, profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, que estén vinculados y/o intervengan directa o indirectamente para prestarle a usted nuestros servicios, tales como médicos tratantes, interconsultantes laboratorios, gabinetes, y en general cualquier profesional y/o personal técnico de apoyo y complemento a los mismos, en relación con el cuidado y atención de salud en esta Institución.*

*Por lo anterior, sus datos personales, incluidos los datos sensibles relativos a su salud, sólo podrán ser dados a conocer a terceros ajenos a esta Institución, cuando medie autorización previa y por escrito de su parte, sobre todo tratándose de información que se requiera para el pago de los servicios por parte de terceros, como lo son Compañías Aseguradoras, entidades públicas o privadas y/o o cualquier tercero pagador.*

*Para limitar el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad.*

*El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección antes citada y de conformidad con lo dispuesto en la legislación aplicable.*

*Si usted no manifiesta su oposición para que sus datos personales sean tratados y en su caso transferidos, se entenderá que ha otorgado su consentimiento para ello y dicho consentimiento será válido para todos los servicios de atención hospitalaria y médica que de ahora en adelante reciba de esta Institución, independientemente del motivo por el cual se le otorguen dichos servicios.*

### **Tratamiento de Datos Personales Sensibles:**

Le informamos que para cumplir con las finalidades previstas en este aviso, serán recabados y tratados datos personales sensibles, principalmente aquellos que se refieren o se encuentran vinculados a su estado de salud presente o futuro.

Nos comprometemos a que los mismos serán tratados bajo medidas de seguridad, siempre garantizando su confidencialidad. Sólo podrán ser dados a conocer a terceros ajenos a esta Institución, cuando medie autorización previa y por escrito de su parte, sobre todo tratándose de información que se requiera para el pago de los servicios por parte de terceros, como lo son Compañías Aseguradoras o terceros pagadores.

( ) Al suscribir este texto, consiento que mis datos personales, incluso los datos sensibles, sean tratados, compartidos y/o transferidos como se establece en este Aviso de Privacidad, y dado el caso, particularmente a la empresa donde laboro y/o compañía aseguradora, por ser el tercero pagador de los servicios que se me prestan.

Nos reservamos el derecho de efectuar en cualquier momento modificaciones o actualizaciones al presente aviso de privacidad, para la atención de novedades legislativas o jurisprudenciales, políticas internas y/o nuevos requerimientos para la prestación de nuestros servicios.

El presente Aviso, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página [www.heveracruz.mx](http://www.heveracruz.mx) a través de comunicados colocados en nuestros establecimientos o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con usted.

Veracruz, Veracruz a \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

### CONSENTIMIENTO

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma autógrafa de consentimiento  
del Titular de los Datos Personales

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma autógrafa (en su caso) del representante legal del Titular de los Datos Personales