

AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL

DIRECCION GENERAL ADJUNTA DE CONTROL ADMINISTRATIVO, mejor conocido como SEMAR, con domicilio en calle EJE 2 ORIENTE TRAMO ESCUELA HEROICA NAVAL NUMERO 701, colonia PRESIDENTES EJIDALES, ciudad MEXICO, municipio o delegación COYOACAN, c.p. 04477, en la entidad de DISTRITO FEDERAL, país ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, y portal de internet WWW.SEMAR.GOB.MX, es el responsable del uso y protección de sus datos personales, y al respecto le informamos lo siguiente:

¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?

Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio que solicita:

- Prestación de servicios médicos hospitalarios
- Hospitalización
- Consulta externa
- Urgencias
- Servicios Farmacéuticos
- Análisis de laboratorio, Radiología e Imagen
- Quirófano, cirugías
- Estudios y Análisis Patológicos
- Terapia y rehabilitación
- Dieta y Nutrición
- Atención de enfermería
- Actualización del expediente clínico físico y electrónico
- Facturación y cobranza por servicios

¿Qué datos personales utilizaremos para estos fines?

Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente aviso de privacidad, utilizaremos los siguientes datos personales:

- Nombre
- Estado Civil
- Registro Federal de Contribuyentes(RFC)
- Clave única de Registro de Población (CURP)
- Lugar de nacimiento
- Fecha de nacimiento
- Nacionalidad
- Domicilio
- Teléfono particular
- Teléfono celular
- Correo electrónico
- Firma autógrafa
- Firma electrónica
- Edad
- Fotografía
- Color de la piel
- Color del iris
- Color del cabello
- Señas particulares
- Estatura
- Peso
- Cicatrices
- Tipo de sangre
- Puesto o cargo que desempeña
- Domicilio de trabajo

- Teléfono institucional
- Información generada durante los procesos de reclutamiento, selección y contratación
- Capacitación laboral
- Entradas al país
- Salidas del país
- Tiempo de permanencia en el país
- Aficiones
- Deportes que practica
- Datos de identificación
- Datos de contacto
- Datos sobre características físicas
- Datos laborales
- Datos migratorios

Además de los datos personales mencionados anteriormente, para las finalidades informadas en el presente aviso de privacidad utilizaremos los siguientes datos personales considerados como sensibles, que requieren de especial protección:

- Religión que profesa
- Estado de salud físico presente, pasado o futuro
- Estado de salud mental presente, pasado o futuro
- Información genética
- Preferencias sexuales
- Prácticas o hábitos sexuales
- Pertenencia a un pueblo, etnia o región
- Imagen del iris
- Huella dactilar
- Palma de la mano

¿Con quién compartimos su información personal y para qué fines?

Le informamos que sus datos personales son compartidos dentro del país con las siguientes personas, empresas, organizaciones o autoridades distintas a nosotros, para los siguientes fines:

Destinatario de los datos personales	Finalidad	Requiere del consentimiento
Hospital ABC Centro oncologico	Subrogado para atención médica del paciente	SÍ
Hospital Medica Sur	Subrogado para atención médica del paciente	SÍ
Hospital Infantil de México	Subrogado para atención médica del paciente	SÍ
Hospital Central Militar	Subrogado para atención médica del paciente	SÍ
Hospital General de México	Subrogado para atención médica del paciente	SÍ
Instituto Nacional de Pediatría	Subrogado para atención médica del paciente	SÍ
Instituto Nacional de Cancerología	Subrogado para atención médica del paciente	SÍ
Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición	Subrogado para atención médica del paciente	SÍ
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugia	Subrogado para atención médica del paciente	SÍ
Instituto Nacional de Rehabilitación	Subrogado para atención médica del paciente	SÍ
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	Subrogado para atención médica del paciente	SÍ
Hospital General Manuel Gea Gonzalez	Subrogado para atención médica del paciente	SÍ
Laboratorio Olarte y Akle	Subrogado de estudios y analisis del paciente	SÍ
Laboratorio CITOLAB	Subrogado de estudios y analisis del paciente	SÍ
Laboratorio DIAGNOMOL	Subrogado de estudios y analisis del paciente	SÍ

Con relación a las transferencias que requieren de su consentimiento, por favor indique a continuación si nos lo otorga:

Otorgo mi consentimiento para las siguientes transferencias de mis datos personales:

Destinatario de los datos personales	Finalidad	Seleccione
Hospital ABC Centro oncologico	Subrogado para atención médica del paciente	
Hospital Medica Sur	Subrogado para atención médica del paciente	
Hospital Infantil de México	Subrogado para atención médica del paciente	
Hospital Central Militar	Subrogado para atención médica del paciente	
Hospital General de México	Subrogado para atención médica del paciente	
Instituto Nacional de Pediatría	Subrogado para atención médica del paciente	
Instituto Nacional de Cancerología	Subrogado para atención médica del paciente	
Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición	Subrogado para atención médica del paciente	
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugia	Subrogado para atención médica del paciente	
Instituto Nacional de Rehabilitación	Subrogado para atención médica del paciente	
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	Subrogado para atención médica del paciente	
Hospital General Manuel Gea Gonzalez	Subrogado para atención médica del paciente	
Laboratorio Olarte y Akle	Subrogado de estudios y analisis del paciente	
Laboratorio CITOLAB	Subrogado de estudios y analisis del paciente	
Laboratorio DIAGNOMOL	Subrogado de estudios y analisis del paciente	

Nombre y firma del titular: _____

+

¿Cómo puede acceder, rectificar o cancelar sus datos personales, u oponerse a su uso?

Usted tiene derecho a conocer qué datos personales tenemos de usted, para qué los utilizamos y las condiciones del uso que les damos (Acceso). Asimismo, es su derecho solicitar la corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta (Rectificación); que la eliminemos de nuestros registros o bases de datos cuando considere que la misma no está siendo utilizada adecuadamente (Cancelación); así como oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (Oposición). Estos derechos se conocen como derechos ARCO.

Para el ejercicio de cualquiera de los derechos ARCO, usted deberá presentar la solicitud respectiva a través del siguiente medio:

A través de la Subjefatura de Recursos Humanos de la Jefatura de Administración y Servicios de este Hospital General

Con relación al procedimiento y requisitos para el ejercicio de sus derechos ARCO, le informamos lo siguiente:

- ¿A través de qué medios pueden acreditar su identidad el titular y, en su caso, su representante, así como la personalidad este último?
Identificación oficial, y/o carta poder simple firmada ante dos testigos anexando copia simple de la identificación oficial de los testigos
- ¿Qué información y/o documentación deberá contener la solicitud?
Nombre del titular y domicilio, documentos que acrediten la identidad del titular o del representante, Hospital General Naval de Alta Especialidad, descripción clara y precisa de los datos personales a ejercer los derechos

ARCO, descripción del derecho ARCO o bien lo que solicita el titular, cualquier otro elemento que facilite la localización de los datos personales.

c) ¿En cuántos días le daremos respuesta a su solicitud?
Diez días

d) ¿Por qué medio le comunicaremos la respuesta a su solicitud?
Personal y en la Subjefatura de Recursos Humanos de la Jefatura de administración y Servicios de este Hospital General

e) ¿En qué medios se pueden reproducir los datos personales que, en su caso, solicite?
Impreso y digital

f) Ponemos a sus órdenes los siguientes formularios o sistemas para facilitar el ejercicio de derechos ARCO:
Escrito libre

g) Para mayor información sobre el procedimiento, ponemos a disposición los siguientes medios:
Teléfono 5550371200, Correo Electrónico: hosgenaes@semar.gob.mx

Los datos de contacto de la persona o departamento de datos personales, que está a cargo de dar trámite a las solicitudes de derechos ARCO, son los siguientes:

- a) Nombre de la persona o departamento de datos personales: Vicealmirante Carlos Humberto Lanz Gutiérrez
- b) Domicilio: calle Eje dos Oriente tramo Heroica Escuela Naval Militar número 861, colonia Los Cipreses, ciudad Ciudad de México, municipio o delegación Coyoacán, c.p. 04830, en la entidad de Distrito Federal, país Estados Unidos Mexicanos
- c) Correo electrónico: transparencia@semar.gob.mx
- d) Número telefónico: 55-56246500 extensiones 8564 y 8906.
Otro dato de contacto: Extensión 7075

Usted puede revocar su consentimiento para el uso de sus datos personales

Usted puede revocar el consentimiento que, en su caso, nos haya otorgado para el tratamiento de sus datos personales. Sin embargo, es importante que tenga en cuenta que no en todos los casos podremos atender su solicitud o concluir el uso de forma inmediata, ya que es posible que por alguna obligación legal requiramos seguir tratando sus datos personales. Asimismo, usted deberá considerar que para ciertos fines, la revocación de su consentimiento implicará que no le podamos seguir prestando el servicio que nos solicitó, o la conclusión de su relación con nosotros.

Para revocar su consentimiento deberá presentar su solicitud a través del siguiente medio:

Escrito libre que se presente en la Subjefatura de Recursos Humanos de la Jefatura de administración y Servicios de este Hospital General o en la Unidad de Transparencia de la SEMAR, o bien, a través de la Plataforma Nacional de Transparencia (<http://www.plataformadetransparencia.org.mx>)

Con relación al procedimiento y requisitos para la revocación de su consentimiento, le informamos lo siguiente:

a) ¿A través de qué medios pueden acreditar su identidad el titular y, en su caso, su representante, así como la personalidad este último?
Identificación oficial, y/o carta poder simple firmada ante dos testigos anexando copia simple de la identificación oficial de los testigos.

b) ¿Qué información y/o documentación deberá contener la solicitud?
Nombre del titular y domicilio, documentos que acrediten la identidad del titular o del representante, Hospital General Naval de Alta Especialidad, descripción clara y precisa de los datos personales a ejercer los derechos ARCO, descripción del derecho ARCO o bien lo que solicita el titular, cualquier otro elemento que facilite la localización de los datos personales.

c) ¿En cuántos días le daremos respuesta a su solicitud?
Diez días

d) ¿Por qué medio le comunicaremos la respuesta a su solicitud?

Personal y en la Subjefatura de Recursos Humanos de la Jefatura de administración y Servicios de este Hospital General

e) Para mayor información sobre el procedimiento, ponemos a disposición los siguientes medios: Teléfono 5550371200, Correo Electrónico: hosgenaes@semar.gob.mx

¿Cómo puede limitar el uso o divulgación de su información personal?

Con objeto de que usted pueda limitar el uso y divulgación de su información personal, le ofrecemos los siguientes medios:

Escrito libre que se presente en la Subjefatura de Recursos Humanos de la Jefatura de administración y Servicios de este Hospital General o en la Unidad de Transparencia de la SEMAR, o bien, a través de la Plataforma Nacional de Transparencia (<http://www.plataformadetransparencia.org.mx>)

¿Cómo puede conocer los cambios en este aviso de privacidad?

El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales; de nuestras propias necesidades por los productos o servicios que ofrecemos; de nuestras prácticas de privacidad; de cambios en nuestro modelo de negocio, o por otras causas.

Nos comprometemos a mantenerlo informado sobre los cambios que pueda sufrir el presente aviso de privacidad, a través de: Página principal de la Secretaría de Marina y en este Hospital General.

El procedimiento a través del cual se llevarán a cabo las notificaciones sobre cambios o actualizaciones al presente aviso de privacidad es el siguiente:

Carteles en este Hospital General

Su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales

Consiento que mis datos personales sean tratados de conformidad con los términos y condiciones informados en el presente aviso de privacidad. []

Nombre y firma del titular: _____