[Nombre o razón social del consultorio] · [Domicilio] · [Teléfono]

Aviso de privacidad integral

Plantilla para consultorios y clínicas privadas. Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (DOF 20/03/2025).

1. IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE

[Nombre o razón social], con domicilio en [domicilio completo], es responsable del tratamiento de sus datos personales. Contacto para temas de privacidad: [correo] · [teléfono].

2. DATOS PERSONALES QUE TRATAMOS

Identificación y contacto: nombre, fecha de nacimiento, sexo, domicilio, teléfono, correo electrónico. Facturación (si la solicita): RFC, régimen fiscal y domicilio fiscal. Datos personales sensibles: estado de salud presente y futuro, antecedentes clínicos, resultados de estudios, diagnósticos y tratamientos. [Agregue o elimine según su operación real.]

3. FINALIDADES NECESARIAS

a) Prestarle atención médica y dar seguimiento a su tratamiento. b) Integrar y conservar su expediente clínico conforme a la NOM-004-SSA3-2012. c) Agendar, confirmar y recordarle sus citas por teléfono, WhatsApp o correo. d) Emitir recetas, constancias y facturas. e) Cumplir obligaciones legales y requerimientos de autoridad.

4. FINALIDADES NO NECESARIAS (REQUIEREN SU CONSENTIMIENTO)

a) Enviarle información de campañas de salud, promociones o encuestas de satisfacción. Si no desea que tratemos sus datos para estas finalidades, marque la casilla: ☐ No acepto.

5. CONSENTIMIENTO PARA DATOS SENSIBLES

Para tratar sus datos de salud necesitamos su consentimiento expreso y por escrito, que puede otorgar con su firma autógrafa o electrónica al final de este aviso.

6. CON QUIÉN COMPARTIMOS SUS DATOS

[Laboratorios o gabinetes a los que se le refiera, aseguradoras cuando usted lo solicite, autoridades sanitarias o judiciales cuando la ley lo exija.] Nuestros proveedores de software y mensajería tratan datos por nuestra cuenta y bajo nuestras instrucciones.

7. DERECHOS ARCO Y REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Puede solicitar el acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de sus datos, o revocar su consentimiento, enviando una solicitud a [correo] con su nombre, un medio para responderle, una copia de su identificación y la descripción clara de lo que solicita. Le responderemos en los plazos que establece la ley. Algunos datos del expediente clínico deben conservarse durante el plazo que exige la NOM-004.

8. OPCIONES PARA LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN

Puede pedirnos en cualquier momento que dejemos de enviarle mensajes que no sean de su atención médica, escribiendo a [correo] o respondiendo "BAJA" a nuestros mensajes.

9. CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD

Publicaremos cualquier cambio en [sitio web o recepción del consultorio] e indicaremos la fecha de la última actualización.

Última actualización: [fecha].

CONSENTIMIENTO

He leído este aviso de privacidad y otorgo mi consentimiento expreso para el tratamiento de mis datos personales sensibles para las finalidades descritas.

_____

Nombre completo y firma del paciente o de su representante · Fecha

Plantilla de referencia publicada por Kensa (holakensa.com). No es asesoría legal: un abogado debe revisarla contra el tratamiento real de datos de tu consultorio antes de usarla.