



**AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL
PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD EN UNIDADES DE
PRIMER NIVEL DE LOS SERVICIOS DE SALUD IMSS-BIENESTAR**

El Organismo Público Descentralizado, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) con domicilio en Gustavo E. Campa No. 54, Colonia Guadalupe Inn, Demarcación Territorial Álvaro Obregón, Código Postal 01020, en la Ciudad de México, a través de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel adscrita a la Unidad de Atención a la Salud, es responsable del tratamiento de los datos personales proporcionados por las personas sin seguridad social que requieran la prestación de servicios de salud en las unidades de primer nivel de atención de IMSS-BIENESTAR, mismos que son recabados a través de los formatos para la integración de sus expedientes clínicos de manera física o electrónica, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana vigente del Expediente Clínico o la que le sustituya, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás normativa que resulte aplicable.

El presente aviso de privacidad está dirigido a toda persona sin seguridad social que solicita atención en las unidades de primer nivel de IMSS-BIENESTAR.

I. RECABACIÓN DE DATOS PERSONALES

Los datos personales podrán ser recabados en los procesos siguientes:

- **Integración del expediente clínico** en apego a las obligaciones jurídicas, el cual, es, la herramienta a utilizar por el personal de salud para la toma de decisiones para otorgar servicios de salud adecuados a las necesidades de las personas usuarias según corresponda con base en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico; y la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud; o las que las sustituyan.
- **Durante la atención otorgada por el equipo de salud** a la población en sus diferentes acciones de Promoción de la Salud y Acción Comunitaria, Prevención de Enfermedades, Diagnóstico y Tratamiento, Rehabilitación, así como cuidados paliativos.
- **Al momento de la descripción del estado de salud** de la persona usuaria, sea físico o mental.
- **Durante la evaluación de los programas en salud y las acciones de evaluación institucional**, a través de encuestas u otras técnicas, de manera presencial o mediante plataformas institucionales.

Los datos que se recaban son los siguientes:

Datos personales

Datos de identificación: Nombre, Clave Única de Registro de Población (CURP), Edad, Sexo, Domicilio, Teléfono particular, Teléfono celular, Lugar y Fecha de nacimiento, Correo electrónico, Estado Civil, Escolaridad y Ocupación.

Datos de contacto: Nombre, relación o parentesco, domicilio y teléfono particular y/o teléfono celular.



Datos de carácter sensible

Datos de salud: estatura, peso, tipo de sangre, estado de salud, historial clínico, alergias, enfermedades, información relacionada con cuestiones psicológicas y/o psiquiátricas, incapacidades médicas, intervenciones quirúrgicas, medicamentos que toma al momento de la consulta, hábitos personales de higiene, actividades de riesgo para la salud, alergias, consumo de sustancias tóxicas, género, preferencias sexuales, nacionalidad, origen étnico, creencia religiosa e Información migratoria de la persona, en el caso del sexo femenino fecha de última menstruación.

Datos de antecedentes: enfermedades de los miembros de la familia, esquema de vacunación, en el caso de pertenecer al sexo femenino se solicitará, además: número y características de embarazos en el caso que así corresponda.

En ese sentido, hacemos de su conocimiento que, dado que parte de la información requerida corresponde a datos de carácter sensible, solicitaremos su consentimiento expreso. Dicho consentimiento le será solicitado de manera previa al concluir el registro de su información con la finalidad de otorgarle el servicio de referencia.

De ahí que sea importante especificar que las finalidades de recabar los datos personales de carácter sensible descritos en párrafos anteriores, son, en primera instancia, obtener información a efecto de verificar la identidad de las personas sujetas a este procedimiento y que deseen recibir la prestación gratuita de servicios de salud a través de IMSS-BIENESTAR; y, con mayor preponderancia, poder brindar una atención en materia de salud focalizada con sentido de inclusión, igualdad y equidad.

Por lo tanto y dada la naturaleza de la información que se derive y obtenga con motivo del registro de las personas sin seguridad social, de manera general, constituye información de **nivel de seguridad alto**.

Por otra parte, es necesario subrayar que la entrega de los datos personales solicitados resulta potestativa, por tal motivo, únicamente serán tratados los datos personales que se recaben de las personas sin seguridad social a través de los formatos autorizados por las **Unidades de Primer Nivel de Atención a la Salud**.

Considerando que el personal de las **Unidades de Primer Nivel de Atención a la Salud** está habilitado para tratar los datos personales en mención, en el ejercicio de una función de derecho público, se informa que la negativa a suministrar datos personales resulta un impedimento para realizar el registro correspondiente. Por lo que, contar con la información solicitada en los formatos antes descritos, facilitará la prestación de los servicios que se ofrecen a través de IMSS-BIENESTAR.

El consentimiento para el tratamiento de los datos personales se entiende otorgado de manera expresa, a través de su entrega por los medios señalados.

Finalmente, se hace de su conocimiento que el personal de las **Unidades de Primer Nivel de Atención a la Salud**, en concordancia con el principio de buena fe que rige el actuar de las autoridades, no califica la veracidad, integridad o autenticidad de la información proporcionada, a reserva de que exista disposición legal que así lo exija o que puedan verse afectados derechos de terceros o del propio titular de los datos personales.



Se le informa que se podrán realizar transferencias de la Clave Única de Registro de Población (CURP) para efectuar la consulta al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y verificar la NO derechohabencia de los usuarios en sus registros, con base en el “Convenio de Colaboración celebrado con la Secretaría de Salud (SS), Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), el IMSS e ISSSTE para el intercambio de información en el marco de la prestación gratuita de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social”, robustece lo anterior, lo estipulado en los artículos 77 bis 41 de la Ley General de Salud, 22, fracciones II y VII de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Asimismo, se le informa que sus datos personales, no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones que la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, contempla.

II. FUNDAMENTO PARA LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo dispuesto por los artículos 6o apartado A y 16 párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 3, fracciones IX y X, 7, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 65 y 85 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, 16, 61 y 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, artículo 86 de los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 26 fracción VIII del Estatuto Orgánico de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR).

En adición a lo anterior, el tratamiento de los datos personales de menores de edad se fundamenta en los artículos 13 fracción XVII, 50, 76, 77 y 79 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; 23 del Código Civil Federal; 68, fracciones II, III y IV, 116, párrafo primero de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 7, último párrafo, 20, último párrafo y 49, tercer párrafo de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, por lo que derivado de lo anterior, la información que corresponda a éstos sólo podrá ser tratada con el consentimiento expreso de su padre, madre o tutor/es.

Para las personas en estado de interdicción, aunado a o lo anterior se contemplará lo dispuesto en los artículos 449 al 469 del Código Civil Federal por lo que el uso de su información requiere el consentimiento expreso de su tutor (a).

Asimismo, de conformidad con el artículo 49 último párrafo de la Ley General de Protección de Datos Personales, tratándose de datos personales concernientes a personas fallecidas, la persona que acredite tener un interés jurídico, de conformidad con las leyes aplicables, podrá ejercer los derechos que le confiere la ley antes mencionada, siempre que el titular de los derechos hubiere expresado fehacientemente su voluntad en tal sentido o que exista un mandato judicial para dicho efecto.

Finalmente, todo lo anterior, quedará sujeto a lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico y la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud; o las que las sustituyan.



III. FINALIDADES DEL TRATAMIENTO

Todos los datos personales requeridos tienen la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 77 bis 7 de la Ley General de Salud en el marco de la prestación gratuita de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social.

La información de datos personales recabada será utilizada con el objeto de brindar una mejor atención a la salud de las y los usuarios de IMSS-BIENESTAR; así como para generar estadísticas e informes relacionados con los procesos de salud que son atendidas en las unidades de primer nivel, los cuales serán elaborados de forma desagregada y en ningún momento las personas podrán ser identificadas o identificables.

IV. MECANISMO PARA EJERCER SUS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN U OPOSICIÓN DE SUS DATOS PERSONALES (ARCO)

Usted podrá presentar su solicitud para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales (derechos ARCO), a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, disponible en <http://www.plataformadetransparencia.org.mx>.

También puede hacerlo directamente ante nuestra Unidad de Transparencia, cuyos datos de contacto son los siguientes:

- a) Nombre de su titular: Lic. Miguel Bautista Hernández;
- b) Domicilio: Gustavo E. Campa, número 54, Colonia Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, CP. 01020, Ciudad de México, México;
- c) Correo electrónico: transparencia.opd@imssbienestar.gob.mx;
- d) Número telefónico: 55 91 60 81 00 extensión 105202.
- e) Horario de atención: lunes a viernes de 9:00 a 15:00 horas y de 17:00 a 19:00 horas.

V. CAMBIOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD

El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales o por otras causas, en tal caso, este organismo se compromete a mantenerlo informado a través de su portal institucional: <https://www.imssbienestar.gob.mx> en la sección Protección de Datos Personales.

Mes de actualización: abril 2024.



CONSENTIMIENTO EXPRESO

Ciudad de México, a ____ de ____ de 20__.

Por medio de la presente, quien suscribe _____, otorgo el consentimiento libre, informado y expreso a Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) para que mis datos personales sean tratados de conformidad con los términos y condiciones detallados en el Aviso de Privacidad relativo a la prestación gratuita de servicios de salud en las Unidades de Primer Nivel de IMSS-BIENESTAR.

Lo anterior, toda vez que la finalidad del recabado de dicha información es dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 77 bis 7 de la Ley General de Salud en el marco de la prestación gratuita de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social.

Además, autorizo que la información de datos personales recabada sea utilizada con el objeto de brindar una mejor atención a la salud de las y los usuarios del IMSS-BIENESTAR; así como para generar estadísticas e informes relacionados con los procesos de salud que son atendidos en las unidades de primer nivel, los cuales serán elaborados de forma desagregada y en ningún momento las personas usuarias podrán ser identificadas o identificables.

Asimismo, declaro que estoy de acuerdo en que mi Clave Única de Registro de Población (CURP) pueda ser transferida al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para efectuar la consulta en sus sistemas y verificar la NO derechohabencia del (de la) suscrito (a) en sus registros, con base en el "Convenio de Colaboración celebrado con la Secretaría de Salud (SS), los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), el IMSS e ISSSTE para el intercambio de información en el marco de la prestación gratuita de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social", robustece lo anterior, lo establecido en los artículos 77 bis 41 de la Ley General de Salud, así como 22, fracciones II y VII de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Lo anterior, de conformidad con los artículos 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 68, fracciones II, III y IV y 116, párrafo primero de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 3, fracciones IX y X, 7 y 21 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

ATENTAMENTE

**Nombre y firma de la persona titular
de los datos personales**



CONSENTIMIENTO EXPRESO DE PADRES, MADRES O TUTORES PARA MENORES DE EDAD

Ciudad de México, a ____ de ____ de 20__.

Por medio de la presente, quien suscribe _____ en mi calidad de padre, madre o tutor y en ejercicio pleno de la patria potestad que ejerzo sobre mi hijo (a) o tutorado (a) menor de edad de nombre _____, otorgo el consentimiento libre, informado y expreso a Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) para que los datos personales de éste(a), sean tratados de conformidad con los términos y condiciones detallados en el Aviso de Privacidad relativo a la prestación gratuita de servicios de salud en las Unidades de Primer Nivel de IMSS-BIENESTAR.

Lo anterior, toda vez que la finalidad del recabado de dicha información es dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 77 bis 7 de la Ley General de Salud en el marco de la prestación gratuita de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social.

Además, autorizó que la información de datos personales recabada sea utilizada con el objeto de brindar una mejor atención a la salud de las y los usuarios del IMSS-BIENESTAR; así como para generar estadísticas e informes relacionados con los procesos de salud que son atendidos en las unidades de primer nivel, los cuales serán elaborados de forma desagregada y en ningún momento las personas usuarias podrán ser identificadas o identificables.

Asimismo, declaro que estoy de acuerdo en que la Clave Única de Registro de Población (CURP) de mi hijo (a) o tutorado (a) pueda ser transferida al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para efectuar la consulta en sus registros y verificar la NO derechohabencia del (de la) mismo (misma) en sus registros, con base en el "Convenio de Colaboración celebrado con la Secretaría de Salud (SS), los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), el IMSS e ISSSTE para el intercambio de información en el marco de la prestación gratuita de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social", robustece lo anterior, lo establecido en los artículos 77 bis 41 de la Ley General de Salud, así como 22, fracciones II y VII de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Lo anterior, de conformidad con los artículos 23 del Código Civil Federal; 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 68, fracciones II, III y IV y 116, párrafo primero de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 3, fracciones IX y X, 7, último párrafo, 20, último párrafo, 21 y 49, tercer párrafo de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Por lo anteriormente declarado, se adjuntan las documentales que acreditan la relación parental con mi hijo (a) o tutorado (a) menor de edad, los cuales son:

EN EL CASO DE MADRES Y PADRES

- Acta de nacimiento del menor de edad;
- Documento de identificación oficial del padre o de la madre que pretenda ejercer el derecho, y
- Carta en la que se manifieste, bajo protesta de decir verdad, que el padre o madre, según sea el caso, ejerce la patria potestad del menor, y que no se encuentra dentro de alguno de los supuestos legales de suspensión o limitación de la misma.



EN EL CASO DE TUTORES (AS)

- Acta de nacimiento del menor de edad;
- Documento legal que acredite la tutela;
- Documento de identificación oficial del tutor, y
- Carta en la que se manifieste, bajo protesta de decir verdad, que ejerce la tutela, y que no se encuentra dentro de alguno de los supuestos legales de suspensión o limitación de la misma.

ATENTAMENTE

**Nombre y firma de la Madre, Padre o Tutor
que otorga el consentimiento**



CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA PERSONAS EN ESTADO DE INTERDICCIÓN

Ciudad de México, a ____ de ____ de 20__.

Por medio de la presente, quien suscribe _____ en mi calidad de representante legal o tutor(a) de _____, otorgo el consentimiento libre, informado y expreso a Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) para que los datos personales de éste(a), sean tratados de conformidad con los términos y condiciones detallados en el Aviso de Privacidad relativo a la prestación gratuita de servicios de salud en las Unidades de Primer Nivel de IMSS-BIENESTAR.

Lo anterior, toda vez que la finalidad del recabado de dicha información es dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 77 bis 7 de la Ley General de Salud en el marco de la prestación gratuita de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social.

Además, autorizo que la información de datos personales recabada sea utilizada con el objeto de brindar una mejor atención a la salud de las y los usuarios del IMSS-BIENESTAR; así como para generar estadísticas e informes relacionados con los procesos de salud que son atendidos en las unidades de primer nivel, los cuales serán elaborados de forma desagregada y en ningún momento las personas usuarias podrán ser identificadas o identificables.

Asimismo, declaro que estoy de acuerdo en que la Clave Única de Registro de Población (CURP) proporcionada pueda ser transferida al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para efectuar la consulta y verificar la NO derechohabencia de la persona que represento en sus registros, con base en el "Convenio de Colaboración celebrado con la Secretaría de Salud (SS), los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), el IMSS e ISSSTE para el intercambio de información en el marco de la prestación gratuita de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social", robustece lo anterior, lo establecido en los artículos 77 bis 41 de la Ley General de Salud, así como 22, fracciones II y VII de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Lo anterior, de conformidad con los artículos 23 del Código Civil Federal; 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 68, fracciones II, III y IV y 116, párrafo primero de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 3, fracciones IX y X, 20, último párrafo, 21 y 49, tercer párrafo de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Por lo anteriormente declarado, se adjuntan las documentales que acreditan la representación que ostento respecto de _____ quién se encuentra en estado de interdicción, las cuales son:

- Instrumento legal de designación de la persona que ostenta la tutela;
- Documento de identificación oficial de la persona que ostenta la tutela, y
- Carta en la que se manifieste, bajo protesta de decir verdad, que ejerce la tutela, y que no se encuentra dentro de alguno de los supuestos legales de suspensión o limitación de la misma.

ATENTAMENTE

**Nombre y firma de la persona representante legal o Tutor
que otorga el consentimiento**



**CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN PRIVADAS DE SU
LIBERTAD**

Ciudad de México, a ____ de ____ de 20__.

Por _____ medio _____ de _____ la _____ presente, _____ quien _____ suscribe _____, otorgo el consentimiento libre, informado y expreso a Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) para que mis datos personales sean tratados de conformidad con los términos y condiciones detallados en el Aviso de Privacidad relativo a la prestación gratuita de servicios de salud en las Unidades de Primer Nivel de IMSS-BIENESTAR.

Lo anterior, toda vez que la finalidad del recabado de dicha información es dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 77 bis 7 de la Ley General de Salud en el marco de la prestación gratuita de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social.

Además, autorizo que la información de datos personales recabada sea utilizada con el objeto de brindar una mejor atención a la salud de las y los usuarios de Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR; así como para generar estadísticas e informes relacionados con los procesos de salud que son atendidos en las unidades de primer nivel, los cuales serán elaborados de forma desagregada y en ningún momento las personas usuarias podrán ser identificadas o identificables.

Asimismo, declaro que la Clave Única de Registro de Población (CURP) puede ser transferida al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para efectuar la consulta y verificar la NO derechohabencia del (de la) suscrito (a) en sus registros, con base en el "Convenio de Colaboración celebrado con la Secretaría de Salud (SS), los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), el IMSS e ISSSTE para el intercambio de información en el marco de la prestación gratuita de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social", robustece lo anterior, lo establecido en los artículos 77 bis 41 de la Ley General de Salud; así como 22, fracciones II y VII de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Lo anterior, de conformidad con los artículos 9, fracción II y 34, de la Ley Nacional de Ejecución Penal; 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 68, fracciones II, III y IV, 116, párrafo primero de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 3, fracciones IX y X, 20, último párrafo y 49, tercer párrafo de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

ATENTAMENTE

**Nombre y firma de la persona titular
de los datos personales**