FORMATO DE AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL
PARA LA ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE LA AMISTAD

El **Hospital de la Amistad (HA)**, con domicilio en la calle 60 Sur, S/N, por Anillo Periférico, colonia San José Tecoh, C.P. 97299, Mérida, Yucatán, México, es el responsable del tratamiento de los datos personales que se recaben, los cuales serán protegidos y tratados de conformidad con lo establecido en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás disposiciones normativas aplicables. En el presente aviso de privacidad se informa sobre los datos personales que serán objeto de tratamiento, incluyendo, en su caso, aquellos que tengan el carácter de sensibles.

¿Qué datos personales recabamos y para que finalidades?
Se tratarán los siguientes datos personales:
De pacientes, menores de edad.
A. Datos de identificación.
B. Datos de escolaridad.
De personas tutores, padres o madres del paciente
A. Datos de identificación.
B. Datos de contacto.
C. Datos de contacto para emergencias.
D. Información relativa a la patria potestad y/o custodia.
E. Datos socioeconómicos.
F. Tipo de seguridad Social.
G. Datos de Escolaridad.
H. Datos laborales.
Se informa que se tratarán los siguientes datos personales considerados como sensibles del paciente.
A. Lengua indígena que habla.
B. Estado de salud presente o pasado.
C. Padecimientos y enfermedades.
D. Diagnósticos.
E. Síntomas.
F. Signos vitales.
G. Antecedentes médicos.
H. Antecedentes heredofamiliares.
I. Alergias.
J. Medicamentos y tratamientos.
K. Información sobre salud física.
L. Información sobre salud mental.
M. Información psicológica o psiquiátrica, cuando corresponda.
N. Resultados de estudios de laboratorio.

O. Resultados de estudios de gabinete.
P. Estudios de imagen.
Q. Información genética, cuando se genere.
R. Información relacionada con procedimientos médicos.
S. Evolución y pronóstico.
T. Información sobre discapacidad o condiciones particulares de salud, cuando corresponda.
U. Fotografías, imágenes o registros que permitan conocer o inferir información sobre el estado de salud.

Finalidades

Los datos personales que solicitamos los utilizaremos para las siguientes finalidades:
A. Identificar al paciente menor de edad.
B. Integrar, actualizar, conservar y administrar su expediente clínico, de conformidad con la NOM-004-SSA3-2012 y demás disposiciones aplicables.
C. Proporcionar servicios de atención médica.
D. Realizar la valoración, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y, en su caso, rehabilitación del paciente.
E. Registrar las intervenciones realizadas por el personal de salud.
F. Documentar antecedentes, padecimientos, síntomas, signos, diagnósticos, tratamientos, evolución y pronóstico.
G. Realizar estudios de laboratorio, gabinete, imagenológicos u otros que resulten necesarios para la atención.
H. Emitir recetas, indicaciones, constancias, referencias, contrarreferencias, resúmenes clínicos y demás documentos relacionados con la atención médica.
I. Dar seguimiento a la evolución del estado de salud del paciente.
J. Atender situaciones de urgencia médica.
K. Gestionar interconsultas y referencias a otros profesionales o establecimientos de salud, cuando resulte necesario.
L. Identificar a la persona que ejerce la patria potestad, tutela o representación legal del menor.
M. Verificar la identidad y, cuando corresponda, la personalidad jurídica de quien actúa en representación del menor.
N. Establecer comunicación con el padre, madre, tutor o representante legal respecto de la atención médica.
O. Recabar las autorizaciones, consentimientos y manifestaciones de voluntad que correspondan.
P. Informar sobre el estado de salud, diagnóstico, tratamiento, evolución y recomendaciones médicas del menor, en los casos y términos jurídicamente procedentes.
Q. Gestionar citas, seguimiento y comunicación relacionada con la atención médica.
R. Integrar la documentación necesaria para la conformación y actualización del expediente clínico del menor.

S. Atender solicitudes relacionadas con el expediente clínico, cuando quien las formule tenga legitimación para ello.

De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades:

A. Realizar encuestas de satisfacción y calidad del servicio.

B. Elaborar estadísticas internas sobre los servicios de atención médica, mediante información disociada o anonimizada.

C. Realizar actividades de evaluación y mejora de la calidad de los servicios médicos.

D. Elaborar informes institucionales o administrativos utilizando información estadística que no permita identificar al paciente.

E. Realizar actividades académicas, docentes o de investigación, siempre que exista la base jurídica y las autorizaciones que correspondan y, preferentemente, utilizando información disociada.

F. Contactar a padres, madres o tutores para informar sobre actividades institucionales relacionadas con promoción de la salud, cuando resulte compatible con el servicio y se cuente con la base jurídica o consentimiento correspondiente.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para estos fines adicionales, desde este momento usted nos puede comunicar lo anterior, mediante un escrito que deberá presentar en la unidad de transparencia de este hospital, indicando la finalidad adicional a la que se opone, el nombre del paciente y de la persona tutora, padre o madre del menor de edad.

Transferencias

Le informamos que realizamos las siguientes transferencias para las cuales requerimos de su consentimiento:

Destinatario	Motivo de la Transferencia
Sistema Integral para el Desarrollo de la Familia del Estado de Yucatán, DIF Yucatán	1. Gestión de apoyos para personas en situación de vulnerabilidad.
Secretaría de las Mujeres del Estado de Yucatán	2. Gestión de atención jurídica y psicológica de mujeres en situación de violencias.
Patrimonio de la Beneficencia Pública del Estado de Yucatán	3. Cuando proceda, gestión de apoyos y equipos médicos para los pacientes.

Si no desea que sus datos personales se transfieran a los destinatarios y para las finalidades antes señaladas, podrá manifestarlo mediante un escrito que deberá presentar en la unidad de transparencia de este hospital, indicando la transferencia a la que se opone, el nombre del paciente y de la persona tutora, padre o madre del menor de edad.

Fundamento Legal

El Hospital de la Amistad tratará los datos personales antes señalados con fundamento en el artículo 4 fracción III del Decreto que Crea el Hospital de la Amistad.

Artículo 7, fracción X de la Ley General de Salud.

¿Dónde puedo ejercer mis derechos ARCO?

Usted podrá presentar su solicitud para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición (derechos ARCO) directamente ante la Unidad de Transparencia del Hospital de la Amistad, a través de los siguientes medios:
a) Domicilio: calle 60 Sur, S/N, por Anillo Periférico, colonia San José Tecoh, C.P. 97299, Mérida, Yucatán, México.
b) Correo electrónico: aviso.hamistad@yucatan.gob.mx
c) Teléfono: 9991-687072, extensión 161.

Asimismo, podrá presentar su solicitud mediante la Plataforma Nacional de Transparencia, disponible en: http://www.plataformadetransparencia.org.mx

Para conocer el procedimiento aplicable al ejercicio de los derechos ARCO o aclarar cualquier duda relacionada con el tratamiento de sus datos personales, podrá comunicarse con la Unidad de Transparencia a través de los siguientes medios:

Domicilio: calle 60 Sur, S/N, por Anillo Periférico, colonia San José Tecoh, C.P. 97299, Mérida, Yucatán, México.
Teléfono: 9991-687072, extensión 160.
Correo electrónico: solicitudes.hamistad@yucatan.gob.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 o por otras causas. Nos comprometemos a mantenerlo informado sobre los cambios que pueda sufrir el presente aviso de privacidad, a través de la página de internet: **https://hospitalamistad.yucatan.gob.mx/**

Otorgo mi consentimiento para que los datos personales recolectados sean tratados conforme a lo señalado en el presente aviso de privacidad.

Nombre y firma del padre, madre o persona tutora: _____

Fecha de elaboración: 18 de noviembre de 2026