

## RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El **DR. ALBERTO SANCHEZ MARTINEZ** con domicilio en **DURANGO 33 PISO 1, COLONIA ROMA NORTE, ALCALDIA CUAUHEMOC, C.P. 06700, MÉXICO, CDMX** es responsable del tratamiento de sus datos personales conforme a este aviso de privacidad.

## FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES

Los datos personales en posesión del **DR. ALBERTO SANCHEZ MARTINEZ** serán utilizados para:

- 1.- Prestación de servicios medico-hospitalarios, incluyendo sin limitar hospitalización, cirugía, estudios diagnósticos, atención de enfermería, servicios farmacéuticos, servicios de banco de sangre, hemodiálisis, tratamientos oncológicos, análisis de laboratorio, radiología e imagen, estudios y análisis patológicos, terapia, rehabilitación, dieta y nutrición y demás fines relacionados con servicios de salud.
- 2.- Creación, estudio, análisis, actualización y conservación del expediente clínico.
- 3.- Facturación y cobranza por servicios.
- 4.- Estudios, registros, estadísticas y análisis de información de salud.
- 5.- Conservación de registros para seguimiento a servicios, prestación de servicios en el futuro y en general para dar seguimiento a cualquier relación contractual.
- 6.- Análisis estadísticos y de mercado.

## DATOS SENSIBLES

El **DR. ALBERTO SANCHEZ MARTINEZ** recabará y tratará datos sensibles, relacionados con el estado de salud, antecedentes e historial clínico, información sobre modo de vida y otros datos necesarios o convenientes para los fines arriba señalados. Los datos personales sensibles serán mantenidos y tratados con estricta seguridad y confidencialidad para fines relacionados con la prestación de servicios de salud y conforme a este Aviso de Privacidad y la legislación reglamentos y normativa aplicable.

## TRANSFERENCIA

Para la prestación de servicios el **DR. ALBERTO SANCHEZ MARTINEZ** puede transferir dentro y fuera del país, los datos personales en su posesión a terceros subcontratados para fines relacionados con los señalados en este aviso de privacidad. Dentro de los terceros a los que se transferirán de dichos datos se incluyen sin limitar laboratorios, clínicas, hospitales, centros de investigación, aseguradoras, autoridades o aquellos que el **DR. ALBERTO SANCHEZ MARTINEZ** considere necesario o conveniente comunicar los datos personales.

## LIMITACION DE USO Y DIVULGACION DE DATOS PERSONALES

Para limitar el uso de sus datos personales, favor de enviar un correo electrónico a [contacto@drsanchezotorrino.com](mailto:contacto@drsanchezotorrino.com) o notificación por escrito a **DURANGO 33 PISO 1, COLONIA ROMA NORTE, ALCALDIA CUAUHEMOC, C.P. 06700, MÉXICO, CDMX** dirigida al **DR. ALBERTO SANCHEZ MARTINEZ** en el que se señale la limitación al uso de sus datos.

## MEDIOS PARA EJERCER DERECHOS ARCO

### (ACCESO, RECTIFICACION, CANCELACION Y OPOSICION)

Para tener acceso a los datos personales que el **DR. ALBERTO SANCHEZ MARTINEZ** posee, así como para rectificarlos en caso de que estos sean inexactos o incompletos, o para cancelarlos y oponerse a su tratamiento para ciertos fines, favor de presentar una solicitud por escrito dirigida al **DR. ALBERTO SANCHEZ MARTINEZ** por correo a la dirección [contacto@drsanchezotorrino.com](mailto:contacto@drsanchezotorrino.com) o notificación por escrito a **DURANGO 33 PISO 1, COLONIA ROMA NORTE, ALCALDIA CUAUHTEMOC, C.P. 06700, MÉXICO, CDMX**, de Lunes a Viernes en Horario 9:00 am - 20:00 hrs, que contenga la siguiente información:

Nombre del titular

Domicilio del titular o dirección de correo electrónico para comunicar respuesta a solicitud.

Documentos que acrediten identidad o autorización para representarlo en la solicitud.

Descripción de datos personales sobre los que se pretende ejercer algún derecho ARCO.

Cualquier otro elemento que permita la localización de los datos personales y atención a la solicitud.

## MEDIOS PARA REEVOCAR CONSENTIMIENTO

En cualquier momento puede solicitar la revocación del consentimiento otorgado al **DR. ALBERTO SANCHEZ MARTINEZ** para tratar sus datos personales enviando una solicitud por escrito dirigida al **DR. ALBERTO SANCHEZ MARTINEZ** por correo a la dirección [contacto@drsanchezotorrino.com](mailto:contacto@drsanchezotorrino.com) o notificación por escrito a cualquiera de los domicilios descritos en el encabezado del presente instrumento, de Lunes a Viernes en Horario 9:00 am - 20:00 hrs, en la que se detalle claramente los datos respecto de los que revoca su consentimiento.

## NOTIFICACION DE CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD

El presente Aviso de Privacidad podrá ser modificado en cualquier momento para cumplir con actualizaciones legislativas, jurisprudenciales, políticas internas, nuevos requisitos para la prestación de servicios otorgados por el **DR. ALBERTO SANCHEZ MARTINEZ** o cualquier otra causa a entera discreción del **DR. ALBERTO SANCHEZ MARTINEZ** . En el entendido de que toda modificación al mismo se le dará a conocer por medio de la publicación de un aviso que estará disponible en nuestra página de internet [contacto@drsanchezotorrino.com](mailto:contacto@drsanchezotorrino.com). Por lo que le recordamos visitarla con frecuencia.