



CONSEJO MEXICANO DE HEMATOLOGIA AC
AVISO DE PRIVACIDAD

Con fundamento en los artículos 15 y 16 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, hacemos de su conocimiento que el Consejo Mexicano de Hematología, A. C., con domicilio en San Francisco Núm. 1626 Int. 406. Col. Del Valle. C.P. 03100. Delegación Benito Juárez. México, D. F., es responsable de recabar sus datos personales, del uso que se dé a los mismos y de su protección.

La información será utilizada con las siguientes finalidades: a) Mantener una base de datos personales de los médicos especialistas certificados en hematología y, de acuerdo con las modificaciones publicadas en el Diario Oficial de la Federación a la Ley General de Salud, el 1 de septiembre de 2011, esta información será enviada al Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas para que a su vez los envíe a la Secretaría de Salud. b) Datos de contacto para notificarle sobre nuevos servicios o trámites que tengan relación con la certificación o el mantenimiento de la misma.

Usted tiene derecho a proporcionar, actualizar y rectificar sus datos personales en cualquier momento. También tiene el derecho de decidir la información personal que autoriza que aparezca en el Directorio de la página web del Consejo Mexicano Hematología A.C.

Usted se puede comunicar al Consejo Mexicano de Hematología AC, al teléfono 55341253 con la Srta. Carolina Martínez Aguilar, quien estará a cargo del manejo de la información.

Se entenderá que está usted de acuerdo y autoriza el tratamiento de sus datos, cuando habiéndose puesto a su disposición el aviso de privacidad, no manifieste su oposición.

Le informamos que, para cumplir con las finalidades previstas en este aviso, es imprescindible recabar y tratar datos personales sensibles, tales como:

NOMBRE COMPLETO: (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s). DOMICILIO PARTICULAR:(Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, C.P., Ciudad, Estado, Teléfono (S), Móvil, Fax, Email).

DOMICILIO Y/O LUGAR DE TRABAJO PROFESIONAL DEPARTAMENTO O SERVICIO, (Nombre del Hospital y/o, Institución, DOMICILIO (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, C.P., Ciudad, Estado, Teléfono Fax.), Cédula profesional, CURP, especialidad

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE CONSULTA PRIVADA (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, C.P., Ciudad, Estado, Teléfono Fax)

Nos comprometemos que los mismos serán tratados bajo medidas de seguridad, siempre garantizando su confidencialidad. Solo podrán ser dados a conocer a terceros ajenos al suscrito, cuando usted manifieste su autorización para ello.

Asimismo, le informamos que el Consejo Mexicano de Hematología AC, se reserva el derecho de hacer modificaciones o actualizaciones al presente aviso mismas que se le notificarán a través del medio de comunicación que se considere más adecuado para tal efecto (por ejemplo, vía electrónica o comunicación directa).

Consiento que mis datos personales sean tratados conforme a los términos y condiciones del presente aviso de privacidad

Nombre y firma del Titular de los Datos Personales

Fecha: _____