



## AVISO DE PRIVACIDAD

En cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDP), su Reglamento y los Lineamientos del Aviso de privacidad, Corporativo HJR, (Prosalud Asesorías), con domicilio en Av Adolfo Ruiz Cortinez Mz1 Lote 26, Cd López Mateos, Municipio Atizapán de Zaragoza, Estado de México, CP 52966, en su carácter de responsable pone a su disposición el presente Aviso de Privacidad (en lo sucesivo referido como “Aviso”), con el fin de informarle los términos conforme a los cuales se tratarán sus datos personales como titular de los mismos:

El titular manifiesta lo siguiente:

- 1) Que el presente aviso se le ha dado a conocer por prosalud, por cualquiera de estos medios física, electrónica y/o auditivamente.
- 2) Haber entendido y acordado los términos expuestos en este aviso, referente al tratamiento de sus datos personales de acuerdo a lo siguiente:
  - a) Los datos personales que recabamos, los utilizaremos para las siguientes finalidades las cuales son necesarias para el servicio que ofrecemos:
    - Promocionar servicios de salud
    - Informar sobre nuevos servicios de salud que estén relacionados con lo solicitado por el cliente
    - Dar cumplimiento a obligaciones contraídas con nuestros clientes
    - Informar sobre cambios de nuestros servicios de salud
    - Evaluar la calidad de nuestros servicios de salud
    - Realizar estudios internos sobre áreas de mejora en la calidad de nuestros servicios

De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio solicitado, ya que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención:

- Consultas con Medicos de Staff
- Hospitales (en caso de requerirlo)
- Aseguradoras



En caso de que no autorice que sus datos personales sean tratados para estos fines adicionales, usted puede presentar desde este momento un escrito en esta sucursal, manifestando lo anterior, solicite el formato correspondiente a su ejecutivo.

La negativa en el uso de sus datos personales para estas finalidades no podrá ser un motivo para que le neguemos los servicios y productos que solicita o contrata con nosotros.

Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente aviso de privacidad, utilizaremos los siguientes datos personales: nombre completo, edad, sexo, domicilio, teléfono, correo electrónico particular, firma autógrafa, fotografía, empleo actual, número telefónico y correo electrónico laboral.

Además de los datos personales mencionados anteriormente, para fines de comunicación en el presente aviso de privacidad utilizaremos los siguientes datos personales considerados como sensibles y que requieren de especial protección: estado de salud actual, enfermedades importantes que padece, alergias y medicamentos que toma en la actualidad, así como religión que practica.

Nos comprometemos a que los mismos serán tratados bajo medidas de seguridad, siempre garantizando su confidencialidad.

Le informamos que sus datos personales son compartidos dentro y fuera del país con las siguientes personas, empresas, organizaciones y autoridades distintas a nosotros, para los siguientes fines:

<b>Destinatario de los datos personales</b>	<b>País (opcional)</b>	<b>Finalidad</b>
Secretaría de Salud del Distrito Federal	México	Para el cumplimiento de las obligaciones sanitarias que nos impone la Ley General de Salud como por ejemplo : Procesos Infecciosos, Cercos Sanitarios etc.
Aseguradora		Para realizar los trámites correspondientes para la intervención del seguro de gasto médico mayor.
Banco*		Para realizar el cobro de nuestros servicios con tarjeta de crédito



Le informamos que para las transferencias indicadas con un asterisco (\*) requerimos obtener su consentimiento. Si usted no manifiesta su negativa para dichas transferencias, entenderemos que nos lo ha otorgado.

En todo momento, usted podrá revocar el consentimiento que nos ha otorgado para el tratamiento de sus datos personales, a fin de que dejemos de hacer uso de los mismos. Para ello, es necesario que presente su petición al siguiente correo electrónico [privacidad@prosaludasesorias.com](mailto:privacidad@prosaludasesorias.com)

Su petición deberá ir acompañada de la siguiente información: Solicitud de revocación de consentimiento de uso de datos personales, con fecha, nombre completo, firma y medio de contacto de su preferencia (número telefónico o correo electrónico). En un plazo máximo de 30 días hábiles a partir de recibida su petición confirmaremos formalmente la revocación)

En un plazo máximo de 30 días hábiles atenderemos su petición y le informaremos sobre la procedencia de la misma a través de correo electrónico.

Las cookies son archivos de texto que son descargados automáticamente y almacenados en el disco duro del equipo de cómputo del usuario al navegar en una página de Internet específica, que permiten recordar al servidor de Internet algunos datos sobre este usuario, entre ellos, sus preferencias para la visualización de las páginas en ese servidor, nombre y contraseña.

Por su parte, las web beacons son imágenes insertadas en una página de Internet o correo electrónico, que puede ser utilizado para monitorear el comportamiento de un visitante, como almacenar información sobre la dirección IP del usuario, duración del tiempo de interacción en dicha página y el tipo de navegador utilizado, entre otros.

Le informamos que utilizamos cookies y web beacons para obtener información personal de usted, como la siguiente:

- Su tipo de navegador y sistema operativo, las páginas de Internet que visita, los vínculos que sigue, la dirección web y el sitio que visitó antes de entrar al nuestro.

De conformidad con lo que establece el artículo 3° de la Ley en cita, Sección VIII requerimos de su consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos personales, por lo que le solicitamos indique si acepta o no el tratamiento:



- Sí Consiento que mis datos personales sean tratados conforme a los términos y condiciones del presente aviso de privacidad.
- NO Consiento que mis datos personales sean tratados conforme a los términos y condiciones del presente aviso de privacidad.

Fecha: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre completo y firma de titular: \_\_\_\_\_