**AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL DEL SISTEMA DE EXPEDIENTE CLÍNICO.**

El Hospital de la Niñez Oaxaqueña, con domicilio en carretera en kilómetro 12.5 Carretera Oaxaca-Puerto Ángel, San Bartolo Coyotepec, Oaxaca, Código Postal 71256, a través deL Departamento de Archivo Clínico, es el responsable del uso y tratamiento de los datos personales que nos proporcione.

Los datos personales que de usted obtenemos con fundamento en la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Ley General de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados: nombre del paciente, del padre, madre o tutor legal, sexo, edad, domicilio, número telefónico particular, características físicas, emocionales, vida familiar, creencia o convicción religiosa, estado de salud física y mental, los cuales serán utilizados para proporcionar atención médica eficiente y segura a cada uno de los pacientes atendidos en este Hospital, mediante acciones de diagnóstico y tratamiento, así como para la elaboración del consentimiento informado para la libre manifestación de la voluntad de ser o o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos.

Los difusión de los datos generados se llevará a cabo con fines estadísticos y podrán ser transferidos de manera interna a la Dirección General, Archivo Clínico, Departamento de Asunto Jurídicos, entre otros, en el caso de transferencia de datos a otros Institutos u Hospitales de Salud, o cualquier otra autoridad competente, no será necesario el consentimiento expreso.

Para hacer efectivos los derechos de acceso, rectificación, canelación u oposición ARCO, así como manifestar su negativa al tratamiento de los datos personales de su paciente, pueden presentar una solicitud por escrito o vía internet dirigida a la Unidad de Transparencia del Hospital de la Niñez Oaxaqueña, en el domicilio señalado al inicio del presente aviso, de lunes a viernes de 9:00 a 15:00 hrs. o al correo electrónico [direccion@hno.oaxaca.gob.mx](mailto:direccion@hno.oaxaca.gob.mx) con atención a Unidad de Transparencia, en la que se detalle claramente los datos respecto de los que revoca su consentimiento.

Los cambios al presente Aviso de Privacidad serán comunicados a través de la página WEB de este Hospital <https://www.hno.oaxaca.gob.mx>

Lo anterior, con fundamento en los artículos 3, 27 y 28 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados

Sello de la unidad médica

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del representante legal

o tutor del menor beneficiario.