

## AVISO DE PRIVACIDAD

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, así como en el Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos en Posesión de los Particulares, VIME DEVICES, S.A de C.V. ("ADOY" "ADOY MEDICAL CENTER" o "nosotros") con domicilio en la Calle Hernández y Fernández #105 en la Colonia San Antonio, C.P. 42083 en Pachuca de Soto, Hidalgo, emite el presente Aviso de Privacidad en los siguientes términos:

### *Datos personales recabados y finalidad del tratamiento*

Los datos personales que el centro médico quirúrgico Adoy Medical Center podrá recabar de los titulares podrán ser tanto personales, sensibles, patrimoniales o financieros recabados o generados con motivo de la prestación de servicios de esta clínica, por medio de solicitudes, declaraciones, medio electrónicos, videos, así como cualquier impreso en todas sus modalidades.

### *Tratamiento de sus datos personales*

De acuerdo con lo dispuesto en la ley, se considera tratamiento de datos personales la obtención, uso, divulgación o almacenamiento de datos personales, por cualquier medio. El uso abarca cualquier acción de acceso, manejo, aprovechamiento, transferencia o disposición de datos personales. El tratamiento de sus datos personales por parte de Adoy Medical Center, se limitará y sujetará a lo siguiente:

- I. En caso de que la clínica requiera tratar sus datos personales para un fin distinto a las finalidades de su tratamiento, la clínica requerirá obtener su consentimiento para tal fin.
- II. El Tratamiento de los datos personales y sensibles será el que resulte necesario, adecuado y relevante para las finalidades del tratamiento.

Motivo por el cual se le indica que la información obtenida será utilizada y tratada exclusivamente para proveerle de manera eficiente los servicios vinculados con su atención médica, así como para el efectivo cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones derivadas de tal relación entre los diversos servicios profesionales, técnicos y auxiliares de la salud que intervengan en dichos servicios, tales como médicos tratantes, interconsultantes, personal de apoyo a los mismos y de las subsidiarias, afiliadas o de las sociedades que forme parte de la clínica y en general para dar cumplimiento a las obligaciones que hemos contraído con usted.

### **Contenido de los Datos Personales**

De acuerdo con la Ley, se entiende como datos personales cualquier información concerniente a una persona física identificada o identificable. Para efectos del presente **Aviso de Privacidad**, de manera enunciativa más no limitativa, se entenderán como datos personales entre otros:

### *Datos generales*

Nombre(s) y apellidos, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, sexo, estado civil, existencia o no de hijos, domicilio, número de teléfono fijo (de casa u oficina), número de teléfono celular, correo(s) electrónico(s), ocupación, escolaridad, edad, entre otros datos similares concernientes a su persona.

Los datos personales arriba mencionados serán recabados mediante el llenado de los formatos y/o mediante la recopilación de información o documentación requerida por Aday Medical Center, ya sea de manera personal o vía electrónica.

### **Política de datos sensibles**

Derivado de la prestación de servicios, Aday Medical Center solicitará información que bajo la ley se entiende como datos sensibles, principalmente aquellos que se refieren o se encuentran vinculados a su estado de salud presente o futura, tales como: creencias religiosas, preferencias sexuales, opiniones políticas, origen racial o étnico, información genética, entre otros. Estableciendo que Aday Medical Center apoya y fomenta la diversidad y por tanto prohíbe cualquier acto discriminatorio o la solicitud de cualquier información que pudiese implicar un acto discriminatorio.

### *De la transferencia de datos*

Los datos recabados por Aday Medical Center podrán ser tratados y transferidos a terceros ajenos a esta institución, ya sea con quienes usted tengan contratados servicios para el cumplimiento de las obligaciones legales, contables, regulatorias o contractuales contraídas, para el pago de servicios a favor del titular por parte de terceros, pudiendo ser entre ellos en forma enunciativa mas no limitativa compañías aseguradoras, así como a las empresas filiales, subsidiarias o sociedades que formen parte de la clínica, citando que el tercer receptor tendrá las mismas obligaciones y responsabilidades inherentes al responsable, salvaguardando en todo momento la privacidad de los datos.

De igual forma sus datos personales incluso los sensibles, podrán ser compartidos con Fedatarios Públicos, y/o Abogados de la clínica, con motivo de los actos jurídicos generados de dicha prestación de servicios. Si usted no manifiesta su oposición, para que sus datos personales sean transferidos, se entenderá que ha otorgado su consentimiento para ello, siendo válido para todos los servicios de atención médica que de ahora y en adelante reciba esta institución médica, independientemente del motivo por el cual se le otorguen los mismos.

### **Protección de los datos**

Aday Medical Center adopta e implementa serias medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para proteger su información personal, con estrictas políticas y estándares internos de control relativos al manejo, tratamiento y salvaguarda de la información personal que permitan proteger los mismos contra daño, pérdida, alteración uso, acceso o tratamiento no autorizado.

### *Procedimiento de acceso, rectificación, oposición y cancelación oposición de sus datos personales y revocación del consentimiento*

Mediante este Aviso de Privacidad le informamos que en cualquier momento el titular o su representante legal debidamente acreditado, podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación de sus datos personales, así como oponerse al tratamiento de los mismos o a revocar el consentimiento que para dicho fin nos haya otorgado, para ello será necesario que se nos presente su solicitud por escrito en términos de lo dispuesto en el Art.29, de la ley de la materia, en el Departamento de Administración de nuestro domicilio, dentro del horario de lunes a viernes de las 9:00 a las 16:30 hrs. el cual dará trámite a su solicitud.

La solicitud deberá contener los siguientes datos: (i) nombre del Titular, (ii) domicilio, teléfono y dirección de correo electrónico para efectos de notificación de cualquier tipo, (iii) descripción clara y precisa de los datos respecto de los cuales se busca ejercer el derecho correspondiente, (iv) objeto de la solicitud y (v) cualquier elemento que facilite la localización de los datos. Así mismo, el titular deberá mostrar para cotejo, anexar copia de su identificación, así como el documento mediante el cual se acredite su identidad o su representación legal en caso de no ser el titular directo con la firma de dos testigos y copia de identificación de todos. El plazo máximo de respuesta a su solicitud será de 20 días hábiles, contados a partir de la fecha de recepción de su solicitud, el cual podrá ser ampliado por una sola vez por un período igual, siempre y cuando así lo justifiquen las circunstancias del caso.

### *Modificaciones al aviso de privacidad*

El presente Aviso de Privacidad podrá ser modificado en cualquier momento por Aday Medical Center con la finalidad de atender novedades legislativas, jurisprudenciales, políticas internas, así como nuevos requerimientos para la prestación de nuestros servicios, los cuales estarán a su disposición en la página: [www.adoymedicalcenter.com](http://www.adoymedicalcenter.com), así como en comunicados colocados en nuestro establecimiento o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con usted.

### **Consentimiento**

En términos de lo dispuesto en la Ley de la materia, así como en lo dispuesto en el Reglamento, se otorga el presente consentimiento, sin que medie en ello error, mala fe, violencia, o dolo alguno, a fin de que mis datos personales proporcionados sean tratados conforme a los términos y condiciones del presente aviso de privacidad.

Acepto el contenido del presente aviso de privacidad:

---

Nombre y firma autógrafa del Titular (o en su caso) del Representante Legal de los Datos Personales.

Pachuca de Soto, Hidalgo a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.