

ADULTO MAYOR
 PERSONA CON DISCAPACIDAD

C. _____ bajo protesta de decir verdad y para todos los efectos legales a que haya lugar, manifiesto que la documentación que se entrega para fines de la elaboración, enrolamiento y expedición de la credencial que me acredita como beneficiario del programa "MÉDICO EN TU CALLE" es auténtica y fidedigna.

La documentación que se adjunta en copia simple es la siguiente:

• Identificación Oficial: (marque con X)

1. Copia del INE
2. Pasaporte número
3. Otro: _____

• Comprobante de domicilio con vigencia no mayor a tres meses. (marque con una X).

1. Luz
2. Agua
3. Predial
4. Gas
5. Teléfono
6. Otro _____

• CURP _____

Fecha y firma _____ de _____ del 2020 _____

AVISO DE PRIVACIDAD

CIFO, con domicilio en Ejército Republicano 119 interior 3-A Colonia Carretas C.P. 76050, Querétaro, Qro, tiene obligación de proteger su privacidad y datos personales de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, su reglamento y los lineamientos del Aviso de Privacidad del Instituto Nacional de Acceso a la Información, por lo que cuidamos y llevamos a cabo las mejores prácticas nacionales e internacionales en el manejo y administración de datos personales. En todo caso administraremos sus datos personales con altos estándares de ética, responsabilidad y profesionalismo.

El presente aviso de privacidad es aplicable específicamente a la información que se recibe directamente por parte de usted a través de los datos que nos ha proporcionado.

El personal que tiene acceso a sus datos personales cuenta por escrito, con el compromiso de mantener la confidencialidad de los mismos, quedando prohibido a la parte receptora cualquier uso distinto a los fines encomendados. No se considerará como uso prohibido la transferencia de datos personales que abren en bases de datos a cualesquiera de las empresas controladoras de CIFO, y/o a sus empresas filiales y/o subsidiarias e incluso a terceras personas, nacionales o extranjeras, salvo que los titulares respectivos manifiesten expresamente su oposición, en términos de lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (la Ley).

Sus datos personales serán utilizados para las siguientes finalidades:

Otorgar un servicio integral de consulta médica general gratuita y entrega de medicamento previa prescripción detallada conforme a la consulta realizada de acuerdo a las bases de operación del programa "MÉDICO EN TU CALLE".

Para las finalidades señaladas en el presente aviso de privacidad, podemos recabar sus datos personales de la siguiente forma:

Cuando usted nos los proporciona directamente, ya sea de manera presencial, telefónica o por escrito a través de cualquier medio.

De conformidad con lo que establece el artículo 9 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, requerimos de su consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos personales sensibles, como aquellos que refieren origen racial o étnico, estado de salud presente y futuro, información genética, creencias religiosas, filosóficas y morales, afiliación sindical, opiniones políticas, preferencia sexual, por lo que les solicitamos si acepta o no el tratamiento:

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

Nombre y Firma: DOY MI CONSENTIMIENTO _____

Los titulares podrán ejercer los derechos (ARCO) de acceso, rectificación, cancelación u oposición, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, mediante una solicitud por escrito, que deberá ser presentada en el domicilio ubicado en Ejército Republicano 119 interior 3-A Colonia Carretas C.P. 76050, Querétaro, Qro, que se indica en la página web: www.medicoentucalle.gob.mx

CIFO se reserva el derecho de cambiar, modificar, complementar y/o alterar el presente aviso, en cualquier momento, en cuyo caso se hará de su conocimiento a través de cualquiera de los medios que establece la legislación en la materia.

Si usted considera que su derecho de protección de datos personales ha sido lesionado por alguna conducta de nuestros empleados o de nuestras actuaciones o respuestas, presume que en el tratamiento de sus datos personales existe alguna violación a las disposiciones prevista en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, podrá interponer la queja o denuncia correspondiente ante el IFAI, para mayor información visite www.ifai.org.mx.

REGLAS DE OPERACIÓN

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que he leído y conozco las reglas de operación del programa “MÉDICO EN TU CALLE”, conforme a las mismas autorizo para que el médico designado a través de dicho programa, previa identificación acuda y tenga acceso a mi domicilio para otorgarme una consulta de medicina general gratuita de primer nivel consistente en la revisión y diagnóstico de mi estado de salud o enfermedad, y del mismo modo se me informe sobre el tratamiento a seguir.

Así mismo, también acepto que en caso de que sea diagnosticada alguna enfermedad general por parte del médico, se me otorgará una receta en la cual se señalarán los medicamentos que son prescritos para el tratamiento correspondiente, y en tal caso autorizo que la totalidad de los medicamentos señalados sean entregados en mi domicilio dentro del plazo establecido de 24 horas por los medios que están señalados en el programa “MÉDICO EN TU CALLE”

Nombre: _____

FIRMAS DE CONSENTIMIENTO

AVISO DE PRIVACIDAD	ACCESO AL DOMICILIO Y CONSULTA MÉDICA	RECEPCIÓN DE LA TOTALIDAD DE MEDICAMENTO PRESCRITO POR EL MÉDICO CONFORME A RECETA

En la Ciudad de Santiago de Querétaro, Qro., a _____ de _____ del 2020.

Nombre: _____