AVISO DE PRIVACIDAD

Por medio de la presente, otorgo mi consentimiento y autorizo expresamente en forma libre, voluntaria y consciente a Medico Lira (HERIDAS LIBRES DE PROBLEMAS S.A. de CV), con sede en la calle José Benítez #2704 Col. Obispado, en El Centro de Especialidades Medicas y cirugía ambulatoria; en el piso 4 consultorios 409 en Monterrey N.L. México,
C.P. 64060, para que mis datos personales de identificación básica como lo son, Nombre completo, apodo, día y mes de nacimiento, grupo sanguíneo, teléfono de casa, oficina o móvil, correo electrónico, así como cualquier otro tipo de información que me sea solicitada, así como fotografías que sean tomadas de mi persona o alguna de las partes de mi cuerpo (o del paciente) que se encuentren afectadas, sean recopilados y manejados por el personal de dicha clínica y su personal autorizado para ello(COMO SE DICTA EN EL REGLAMENTO DE LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES), con fines meramente profesionales y para los efectos necesarios para que esto se lleve a cabo de la mejor manera.

He sido informado y reconozco que MEDICO LIRA respeta la privacidad de sus clientes, proveedores, pacientes y profesionales de salud, por lo cual en todo el momento tendré la facultad de: (I) Revocar mi consentimiento; (II) Solicitar que mi información personal se use de manera restringida; (III) Solicitar que mi información personal sea transferida.

Por otra parte, en representación de MEDICO LIRA, el Dr. Luis Fernando Lira, hace un compromiso en este mismo acto de que los datos que sean proporcionados por mi persona serán de carácter privado, y manifestando que no se hará mal uso de los mismos ni se les revelara a terceras personas, en confidencialidad y en estricto cumplimiento de las disposiciones legales aplicables en materia de protección de datos personales.

Declaro haber recibido, leído y entendido este consentimiento y estoy de acuerdo en que mi información personal puede ser procesada y transferida bajo las condiciones indicadas en este consentimiento.

Nombre: _____

Fecha: _____ **Firma de enterado:** _____

Dr. Luis Fernando Lira
Representante Legal
Heridas Libres de Problemas S.A. de CV
CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS Y CIRUGIA AMBULATORIA
CALLE: JOSE BENITEZ #2704
4TO PISO CONSULTORIO 409
COL. OBIPADO MTY,N.L
CP 64060
Tel.: (01-81) 8348-8413 / 8347-7381

V2016