

DIRECCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
PROTECCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD

MÉDICO A DOMICILIO

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____

DIRECCION: CALLE _____ No. _____ X _____ y _____ COL. O FRACC. _____

FECHA Y HORA	NOTA MEDICA
T/A.	
TEMP.	
FR.	
FC.	
GLUCOSA	
	DIAGNOSTICO
	MEDICAMENTOS OTORGADOS
	FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE:



AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO: MÉDICO A DOMICILIO

El Municipio de Mérida, Yucatán, a través de su la Dirección de Bienestar Social, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporciona; NOMBRE, EDAD, DOMICILIO, DIAGNOSTICO, MEDICAMENTOS OTORGADOS, DATOS CLÍNICOS.

Los datos personales que recabamos de usted, en el presente formato, los utilizaremos para las siguientes finalidades:

- Prestar el servicio de atención Médico a Domicilio.
- Elaboración de expediente.

De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades que no son necesarias, pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención:

- elaboración de indicadores y gráficas.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para las finalidades adicionales, usted puede manifestarlo mediante escrito libre ante la Unidad de Transparencia, ubicada en la calle cincuenta número cuatrocientos setenta y uno por cincuenta y uno y cincuenta y tres, colonia Centro de esta ciudad de Mérida, en el horario de 8:00 am a 2:00 pm, previamente al tratamiento de los mismos.

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede usted hacer valer, puede acceder a aviso de privacidad integral a través de la siguiente dirección electrónica: www.merida.gob.mx/avisodirecciones o escaneando el siguiente código QR:



AUTORIZACIÓN PARA DATOS SENSIBLES

*Para la gestión de mi **EXPEDIENTE MÉDICO A DOMICILIO**, solicitado, hago constar que he leído el **Aviso de Privacidad** de este escrito y manifiesto con mi firma de aceptación que autorizo al Municipio de Mérida, para que los datos considerados como sensibles se utilicen únicamente para los fines señalados en mi solicitud.*

NOMBRE Y FIRMA

