



**DIRECCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL  
SUBDIRECCIÓN DE SALUD  
COORDINACIÓN DE REHABILITACIÓN  
EXPEDIENTE CLÍNICO PARA PACIENTE INFANTIL**

**RESPONSABLE O TUTOR** .....

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Madre	Edad	Sangre	Ocupación
Padre	Edad	Sangre	Ocupación
Toxicomanías			

**ANTECEDENTES PERINATALES**

# de gesta	Edad gestacional	Patologías /medicamentos	Factores de riesgo.	Tipo de parto
Duración de parto	Lugar de nacimiento	Complicaciones	Peso / Talla	Alimentación
Desarrollo neuro-motriz				
I-III meses				
IV-VI meses				
VII-IX meses				
X-XII meses				

**VALORACIÓN**

Trimestre			
Tareas a evaluar		Si	No

**DIAGNÓSTICO** .....

**TRATAMIENTO**

Objetivos
Procedimiento
Horario
Fecha de revaloración

**AUTORIZACIÓN PARA DATOS SENSIBLES**

*Para la gestión de mi EXPEDIENTE CLÍNICO PARA PACIENTE INFANTIL (REHABILITACIÓN), 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



## AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO: EXPEDIENTE CLINICO PARA PACIENTE INFANTIL (REHABILITACIÓN)

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; los cuales se señalan a continuación: responsable o tutor, antecedentes familiares, antecedentes perinatales, valoración, tratamiento y diagnóstico.

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

- Dar seguimiento a su solicitud de consulta.
- elaboración de expediente.
- Hoja de referencia (en su caso)

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](http://www.merida.gob.mx/avisodirecciones) o escaneando el siguiente código QR:



### AUTORIZACIÓN PARA DATOS SENSIBLES

*Para la gestión de mi **EXPEDIENTE CLINICO PARA PACIENTE INFANTIL (REHABILITACIÓN)** 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

