

# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES DIRECCIÓN MÉDICA

#### **DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



#### AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

DEL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL PARA LA ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO, APERTURA DE EXPEDIENTE CLÍNICO FÍSICO Y ELECTRÓNICO EN EL SISTEMA DE EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO (SIGIN) y CONTINUIDAD AL SERVICIO MÉDICO

### ¿Quién es el responsable de tratar sus datos personales?

El Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer), con domicilio en calle Montes Urales número 800, Lomas Virreyes, Miguel Hidalgo, CP. 11000, Ciudad de México, teléfono 55 55 20 99 00 es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione.

#### Los datos que solicitamos los utilizaremos para las siguientes finalidades:

|    | Finalidades  |    | ¿Requieren<br>consentimiento del<br>titular? |  |
|----|--|----|--|--|
|    |  | No | Si   |  |
| 1. | Identificar y acreditar a la persona.  |    | Х  |  |
| 2. | Brindarle la atención social y asignación del nivel socioeconómico para la cuota de recuperación o gratuidad.  |    | Х  |  |
| 3. | Aperturar, integrar y actualizar el expediente clínico en físico, así como, incorporar sus datos en el Sistema de Información y Gestión Institucional (SIGIn) para su apertura de expediente clínico electrónico.  |    | Х  |  |
| 4. | Compartir sus datos recabados del Estudio Socioeconómico con los médicos tratantes u otras áreas médicas e interconsultas del Instituto, para dar una atención médica integral continua con patologías perinatales y reproductivas de alta complejidad o con riesgo de desarrollarlas. |    | Х  |  |

| Si otorgo mi consentimiento para que mis datos personales sean tratados conforme a las finalidades descritas anteriormente. |
|---|
| No otorgo mi consentimiento para que mis datos personales sean tratados conforme a las finalidades descritas anteriormente. |

#### ¿Con quién compartimos su información personal y para qué fines? Transferencia de datos personales

No se realizarán transferencias, salvo aquéllas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados.

#### Consentimiento de la persona Titular

El INPer no requiere el consentimiento de la persona titular para realizar transferencias, si se actualiza alguno de los supuestos señalados en los artículos 16, 60 y 64 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

#### > ¿Dónde puedo ejercer mi negativa / revocación a mis datos personales o ejercer mis derechos ARCO?

Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos personales y/ o en su caso, presentar su solicitud para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales (derechos ARCO), así como, la revocación de sus datos personales, directamente ante nuestra Unidad de Transparencia, cuyos datos de contacto son los siguientes:

- a) Nombre: Unidad de Transparencia del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes
- **b) Domicilio** Montes Urales, número 800, colonia Lomas Virreyes, Miguel Hidalgo, CP. 11000, Ciudad de México
- c) Correo electrónico transparencia@inper.gob.mx
- d) Número telefónico y extensión 55209900 ext. 424 y 528

Además, usted podrá presentar una solicitud de ejercicio de derechos ARCO a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, disponible en:

http://www.plataformadetransparencia.org.mx

## > Usted podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral en el sitio:

https://inper.mx/transparencia/avisoprivacidad/

O bien, de manera presencial en las instalaciones de la Unidad de Transparencia, con domicilio en Montes Urales, número 800, colonia Lomas Virreyes, Miguel Hidalgo, CP. 11000, Ciudad de México.

| Fecha de elaboración: [13/10/2025].                      | Última actualización: [13/10/2025]. |  |
|--|-------------------------------------|--|
| Nombre completo de el/la titular de los datos personales |                                     |  |
| Fecha:/N° de Expediente:                                 | Fecha de Nacimiento:                |  |
|  |                                     |  |

Firma de el/la titular de los datos personales o familiar responsable