Aviso de privacidad integral

Life & Care · Dr. José Luis Maya Quiñones · Medicina Interna · Medicina Crítica en Obstetricia

El Dr. José Luis Maya Quiñones es responsable del tratamiento de sus datos personales y los usa solo para su atención médica. Este aviso se emite conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP), publicada en el DOF el 20 de marzo de 2025, y a la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

1. Responsable y domicilio

Concepto	Dato
Responsable	Dr. José Luis Maya Quiñones, persona física, médico especialista en Medicina Interna (Céd. Prof. 4535194 · Céd. Esp. 6926311)
Nombre comercial	Life & Care
Domicilio	Hospital MAC La Viga, Consultorio 911, Calz. de la Viga 1174, Col. El Triunfo, Iztapalapa, Ciudad de México, C.P. 09430
Correo para temas de privacidad	cdmxmedicinainterna@gmail.com
Teléfono y WhatsApp	55 6349 2636
Sitio web	www.drmayainternista.com.mx

2. Datos personales que recabamos

Recabamos sus datos en persona, por teléfono, por WhatsApp, por correo y mediante el cuestionario electrónico de historia clínica (Google Forms). Los datos marcados como **sensibles** requieren su consentimiento expreso y por escrito (artículo 8 de la LFPDPPP).

Tipo de dato	Ejemplos	¿Sensible?
Identificación	Nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, CURP, estado civil, escolaridad, ocupación, nacionalidad, lugar de origen y residencia	No
Contacto	Domicilio, teléfono celular, correo electrónico	No
Administrativos	Aseguradora y número de póliza, datos de facturación, médico que lo envía	No
Estado de salud	Motivo de consulta, padecimiento actual, enfermedades, cirugías, hospitalizaciones, medicamentos, alergias, vacunas, síntomas, estudios de laboratorio e imagen, exploración física, diagnósticos y tratamientos	**Sí**
Salud sexual y reproductiva	Antecedentes ginecoobstétricos y andrológicos, embarazo actual, puerperio, vida sexual, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual	**Sí**

Tipo de dato	Ejemplos	¿Sensible?
Antecedentes heredofamiliares	Enfermedades de padres, hermanos, abuelos e hijos	**Sí**
Salud mental y hábitos	Estado de ánimo, consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias	**Sí**
Otros datos sensibles	Tipo de sangre, aceptación de transfusiones, religión (solo cuando influye en su tratamiento), grupo étnico, lengua indígena, discapacidad, voluntad anticipada	**Sí**
Datos de terceros	Nombre, parentesco y teléfono de su contacto de emergencia o de quien llena el cuestionario por usted	No

Si nos proporciona datos de un tercero, como su contacto de emergencia, usted declara que le informó sobre este aviso. Los datos de menores de edad o de personas que no pueden decidir por sí mismas se recaban con el consentimiento de su madre, padre, tutor o representante legal.

3. Para qué usamos sus datos

Sus datos se usan para atenderlo. Las finalidades secundarias son opcionales y puede negarse a ellas sin que eso afecte su atención.

Finalidades necesarias (primarias). Requieren su consentimiento y sin ellas no podemos atenderlo:

1. Elaborar, integrar y resguardar su expediente clínico conforme a la NOM-004-SSA3-2012.
2. Valorarlo, diagnosticarlo, indicar tratamiento y darle seguimiento, incluida la atención en el embarazo, el puerperio y en estado crítico.
3. Solicitar e interpretar estudios de laboratorio y gabinete, e interconsultas con otros médicos.
4. Identificar alertas clínicas (alergias, embarazo, signos de alarma) y comunicarnos con usted o con su contacto de emergencia cuando su salud lo requiera.
5. Agendar, confirmar y recordarle sus citas, y enviarle resultados, recetas e indicaciones.
6. Coordinar su atención con el hospital, cuando requiera hospitalización o procedimientos.
7. Tramitar reembolsos o pagos directos con su aseguradora, cuando usted lo solicite.
8. Cobrar y emitir facturas.
9. Cumplir obligaciones legales, como la notificación epidemiológica obligatoria a las autoridades sanitarias.

Finalidades opcionales (secundarias):

1. Enviarle información de salud, campañas de vacunación o detección oportuna, y avisos del consultorio.
2. Pedirle su opinión en encuestas de calidad de la atención.
3. Elaborar estadísticas, informes, docencia o investigación médica, siempre con datos disociados que no permitan identificarlo.

Si no quiere que usemos sus datos para alguna finalidad opcional, indíquelo en el formato de consentimiento (sección 7) o escriba a cdmxmedicinainterna@gmail.com en cualquier momento.

Cómo limitar el uso o la divulgación de sus datos. Puede pedirnos por correo que no le enviemos información por WhatsApp o correo, o que no hablemos de su salud con alguna persona en particular. Atenderemos su solicitud y le confirmaremos por el mismo medio.

4. Con quién compartimos sus datos

No vendemos, rentamos ni cedemos sus datos. Solo los compartimos en los casos de esta tabla.

Destinatario	Para qué	¿Requiere su consentimiento?
Laboratorios, gabinetes de imagen y médicos interconsultantes	Prevención, diagnóstico y tratamiento	No: artículo 36, fracción II de la LFPDPPP
Hospital donde se le atienda (por ejemplo, Hospital MAC)	Integrar su expediente hospitalario y continuar su atención	No: artículo 36, fracción II
Autoridades sanitarias	Notificación epidemiológica y otras obligaciones legales	No: artículo 36, fracción I
Autoridades judiciales o administrativas	Cumplir un mandato legal o una orden fundada y motivada	No: artículo 36
Su aseguradora	Trámite de reembolso, pago directo o carta de autorización	**Sí**

Proveedores que tratan datos por cuenta del médico. Para operar el consultorio usamos servicios tecnológicos que guardan o transmiten sus datos solo por nuestra cuenta, como Google (Forms, Drive y Gmail) y WhatsApp. Estos proveedores son personas encargadas en términos de la ley, no terceros receptores, y no pueden usar sus datos para fines propios.

5. Sus derechos ARCO y cómo ejercerlos

Usted puede acceder a sus datos, rectificarlos, cancelarlos u oponerse a su uso (derechos ARCO) y revocar su consentimiento, de forma gratuita, escribiendo a **cdmxmedicinainterna@gmail.com**. Solo se cobran, en su caso, los costos de copias o envío (artículo 34).

Su solicitud debe incluir (artículo 28):

1. Su nombre y un domicilio o correo para recibir la respuesta.
2. Una copia de su identificación oficial o, si la presenta otra persona, la de su representante y el documento que acredite la representación.
3. El derecho que desea ejercer y los datos a los que se refiere.
4. Cualquier documento que ayude a localizar sus datos.
5. Si pide una rectificación, los cambios que solicita y el documento que los respalde.

Plazos (artículo 31, días hábiles):

Etapa	Plazo
Respuesta a su solicitud	Hasta 20 días desde que la recibimos
Aplicación de lo resuelto, si procede	Hasta 15 días después de la respuesta
Ampliación posible	Una sola vez, por el mismo plazo y con causa justificada

Límites por ley. El expediente clínico debe conservarse al menos 5 años desde el último acto médico (NOM-004-SSA3-2012). Por eso, una solicitud de cancelación u oposición no puede borrar su expediente antes de ese plazo, aunque sí puede bloquear el uso de sus datos para cualquier fin distinto de esa obligación. Revocar su consentimiento para las finalidades necesarias puede impedir que sigamos atendiéndolo.

Si no está conforme con nuestra respuesta, o no la recibe, puede acudir a la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno dentro de los 15 días hábiles siguientes (artículo 40).

6. Conservación, seguridad y cambios a este aviso

Conservación. Su expediente clínico se conserva al menos 5 años desde el último acto médico, como exige la NOM-004-SSA3-2012. Después se bloquea y se destruye de forma segura. Los datos administrativos se conservan el tiempo que exigen las leyes fiscales.

Seguridad. Protegemos sus datos con medidas administrativas, físicas y técnicas:

- Expediente en papel bajo llave en el consultorio.
- Cuentas electrónicas exclusivas del consultorio, con contraseña y verificación en dos pasos.
- Acceso solo para el médico y el personal que lo necesita, todos obligados a guardar secreto profesional.
- Si ocurre una vulneración que afecte sus derechos de forma significativa, se lo informaremos sin demora.

Cambios a este aviso. Cualquier cambio se publicará en www.drmayainternista.com.mx y estará disponible en el consultorio. Si el cambio implica nuevas finalidades o datos, le pediremos de nuevo su consentimiento.

Autoridad. La autoridad en materia de protección de datos personales en posesión de particulares es la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno.

Última actualización: 24 de noviembre de 2026.

7. Consentimiento

Yo, _____

Declaro que leí este aviso de privacidad y:

- ☐ Otorgo mi consentimiento expreso para el tratamiento de mis datos personales, incluidos los sensibles, para las finalidades necesarias.
- ☐ Autorizo compartir mis datos con mi aseguradora para trámites de reembolso o pago directo.
- ☐ **No** deseo recibir información de salud ni avisos del consultorio.
- ☐ **No** deseo participar en encuestas de calidad.
- ☐ **No** autorizo el uso de mis datos disociados para estadística, docencia o investigación.

_____ _____

Nombre y firma del paciente | Fecha

_____

Si es menor de edad o no puede firmar: nombre, parentesco y firma de su representante

Puede llenar los campos en pantalla (Adobe Acrobat Reader, Vista previa de Mac o el navegador) o imprimir esta hoja y firmarla a mano.