**Requisitar el aviso de privacidad conforme los requerimientos de cada protocolo. Lo sombreado es solo una guía de lo que conlleva cada punto, por lo cual debe de borrar la indicación. La parte que no está sombreada, se sugiere no modificar.**

De acuerdo a lo Previsto en los artículos 18, 25, 26 y 28 la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y el artículo 16 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el Hospital General Doctor Manuel Gea González, hace de su conocimiento que sus datos personales que se recaben con motivo del protocolo de investigación que a continuación se describe serán tratados de manera confidencial, con el objeto de proteger y salvaguardar los mismos, implementándose las medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas necesarias para evitar su daño, pérdida, alteración, destrucción, uso, acceso, robo y divulgación indebida, así como su tratamiento no autorizado.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VERSIÓN:** |  | **FECHA:** |  | | **ÁREA:** | |  | |
| **PROTOCOLO:** |  | | | | | | | |
| **INVESTIGADOR PRINCIPAL:** | | | |  | | | | |
| **INVESTIGADOR QUE RECABA DATOS** | | | |  | | | | |
| **Número telefónico y extensión** | |  | | | | **Correo electrónico:** | |  |

Por el presente documento se me está solicitando el consentimiento para el uso de datos personales señalando lo siguiente:

1. **Datos personales recabados**

De conformidad a lo establecido en el artículo 3, fracciones IX y X de la Ley General de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados, los datos personales y datos personales sensibles recabados son los siguientes:

Describa de forma clara y concisa los datos que se pretenden recolectar, ejemplo: número telefónico fijo o móvil, ya que requerimos contactarle para el seguimiento de esta investigación. Importante: se debe referir que datos serán disociados o anonimizados.

Los datos personales sensibles son aquellos que se refieran a la esfera más íntima de su titular, o cuya utilización indebida pueda dar origen a discriminación o conlleve un riesgo grave para éste. De manera enunciativa más no limitativa, se consideran sensibles los datos personales que puedan revelar aspectos como origen racial o étnico, estado de salud presente o futuro, información genética, creencias religiosas, filosóficas y morales y preferencia sexual.

1. **Fundamento legal del tratamiento**

El tratamiento de sus datos personales, por parte del Investigador principal de este Hospital General “Doctor Manuel Gea González”, se encuentra fundamentado en el Artículo 3, Fracción II, IX, X y XXXIII de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, así como en el artículo 16 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

1. **Finalidades del tratamiento**

Señale claramente en un listado cuáles serán las finalidades de la transmisión de los datos personales de los sujetos de investigación.

1. **Transferencia de datos**

Se informa que no se realizará transferencia de datos personales, salvo aquellas que sean necesarias para atender requerimientos de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados, según lo estipulado en el artículo 22, 70 y 71 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Asimismo, en caso de ser necesario, en este apartado se podrá explicar ¿con quienes serán compartidos estados datos obtenidos? Enliste el nombre de las personas participantes del protocolo que tendrán acceso a estos datos personales refiriendo la razón, ejemplo: responsable de monitorear el estudio, si se piensan compartir con otra Sede (estudios multicéntricos), explique y refriera claramente nombres sin abreviaturas, y la razón

1. **Medio para ejercer derechos ARCO**

Usted tiene el derecho de acceder, rectificar, cancelar y oponerse al tratamiento de sus datos personales, a través de los siguientes medios:

a). De manera presencial en el domicilio del Departamento de la Unidad de Transparencia, ubicado en Calzada de Tlalpan número 4800, Colonia Belisario Domínguez Sección XVI, Demarcación Territorial Tlalpan, Código Postal 14080, en la Ciudad de México.

b). Por internet a través de la siguiente dirección electrónica: <https://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/inicio>

c). Mediante correo electrónico, a la dirección electrónica: unidadenlacehgmgg@gmail.com ó uenlacegea@salud.gob.mx

1. Describa que puede revocar el consentimiento contactando a la persona incorporando el nombre de esta y el medio para realizarlo.
2. **Modificaciones al Aviso de Privacidad**

El presente aviso de privacidad puede tener modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales, de nuestras propias necesidades derivado de las atribuciones que han sido conferidas al Hospital General Dr. Manuel Gea González, de nuestras prácticas de privacidad, o por otras causas. Nos comprometemos a mantenerlo informado sobre los cambios que pueda sufrir el presente aviso de privacidad, a través de la página de internet:

https://www.gob.mx/salud/hospitalgea/articulos/proteccion-de-datos-personales273754

Así mismo se me refiere que puedo preguntar cualquier duda que surja sobre lo que ha sido señalado y que si en determinado momento considero que el derecho a la protección de mi información ha sido perjudicado por un comportamiento u omisión por parte de las/los investigadores de este protocolo, o si sospecho que alguna violación de las disposiciones establecidas en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, sus reglas o cualquier ordenanza aplicable, puedo comunicar mi descontento o denunciar ante el **Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales** (INAI), ingresando a la página oficial https://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/avisoprivacidadpagina

En función a que he dado lectura a lo anterior, y comprendido lo señalado:

Marque con una X su decisión

Si otorgo mi consentimiento No otorgo mi consentimiento

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

Nombre del participante (use letra de imprenta)

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

Firma del participante Fecha (día-mes-año)

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del participante o de su representante legal, otro en poder del investigador. Un tercero deberá ser incorporado al expediente clínico del sujeto de estudio (en su caso).

Para preguntas o comentarios comunicarse con la Dra. Rosa Patricia Vidal Vázquez (01 55) 4000-3000 Ext 8216, presidenta del Comité de Investigación o con el Dr. Samuel Weingerz Mehl, presidente del Comité de Ética en Investigación al (01 55) 4000-6100.

**FECHA DE VIGENCIA DEL PROTOCOLO: SELLO**