

En el **Departamento de Trabajo Social** del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, ubicado en Calzada de Tlalpan, Col. Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, somos responsables del **uso y protección de los datos personales** que usted nos proporciona, para su tranquilidad le informamos lo siguiente:

Los datos personales, que de usted obtenemos, tendrán la finalidad de disponer de información social del paciente y su familia, para la asignación de la clasificación socioeconómica, así como la atención y seguimiento de su situación familiar, económica y social, la cual será registrada en notas de Trabajo Social y podrán ser transmitidos de manera interna a la Dirección General, Dirección Médica, Departamento de Asuntos Jurídicos, Oficina de Admisión y Registros Médicos, Expediente Clínico, Oficina de Cuentas Corrientes, Unidad de Transparencia, además de otras transmisiones previstas en la Ley. Usted podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (A.R.C.O.) que señala la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, en la Unidad de Transparencia del INER, ubicada en Calzada de Tlalpan 4502, Col. Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México.

En caso de fallecimiento, la persona a quien usted otorga facultades para ejercer los derechos mencionados es: _____, quien tiene el vínculo de _____ con Usted.

Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales puede consultar el aviso de privacidad integral en la página web de este Instituto: www.iner.gov.mx o bien directamente en la Unidad de Transparencia del INER.

Lo anterior con fundamento en los artículos **3, 27 y 28 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados** en relación con los artículos 27 al 30 de los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público.

Personal de Trabajo Social, Nombre. _____

Firma. _____

Paciente o Familiar, Nombre. _____ Firma. _____

INER-TS-14 (12-2018)

En el **Departamento de Trabajo Social** del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, ubicado en Calzada de Tlalpan, Col. Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, somos responsables del **uso y protección de los datos personales** que usted nos proporciona, para su tranquilidad le informamos lo siguiente:

Los datos personales, que de usted obtenemos, tendrán la finalidad de disponer de información social del paciente y su familia, para la asignación de la clasificación socioeconómica, así como la atención y seguimiento de su situación familiar, económica y social, la cual será registrada en notas de Trabajo Social y podrán ser transmitidos de manera interna a la Dirección General, Dirección Médica, Departamento de Asuntos Jurídicos, Oficina de Admisión y Registros Médicos, Expediente Clínico, Oficina de Cuentas Corrientes, Unidad de Transparencia, además de otras transmisiones previstas en la Ley. Usted podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (A.R.C.O.) que señala la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, en la Unidad de Transparencia del INER, ubicada en Calzada de Tlalpan 4502, Col. Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México.

En caso de fallecimiento, la persona a quien usted otorga facultades para ejercer los derechos mencionados es: _____, quien tiene el vínculo de _____ con Usted.

Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales puede consultar el aviso de privacidad integral en la página web de este Instituto: www.iner.gov.mx o bien directamente en la Unidad de Transparencia del INER.

Lo anterior con fundamento en los artículos **3, 27 y 28 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados** en relación con los artículos 27 al 30 de los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público.

Personal de Trabajo Social, Nombre. _____

Firma. _____

Paciente o Familiar, Nombre. _____ Firma. _____

INER-TS-14 (12-2018)