EJEMPLAR PARA EL EXPEDIENTE — CENTRO INTEGRAL DE TIROIDES

Centro Integral de Tiroides
Hospital MAC Cuemanco · Tlalpan, CDMX

Consentimiento de Ingreso, Confidencialidad y Tratamiento de Datos
Número de expediente: —

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESO

Acuerdo de confidencialidad y de tratamiento de datos personales — a firmar antes de la primera consulta

Este documento es de carácter **general** y debe firmarse **antes de ingresar al consultorio**, independientemente del motivo de consulta. No sustituye ni excluye el consentimiento informado específico (NOM-026-SSA3-2012) que se solicitará por separado si se requiere algún estudio o procedimiento en particular.

Fecha de llenado: ___ / ___ / _____ **Hora:** _____
(la llena a mano quien recibe el documento firmado, con la fecha y hora reales de la firma)

NOMBRE DEL (LA) PACIENTE

_____

1. CONSENTIMIENTO GENERAL DE ATENCIÓN

El que suscribe la presente, con carácter de ☐ paciente, o ☐ familiar responsable / representante legal del paciente (parentesco o relación: _____), de una manera libre, consciente e informada, otorgo mi consentimiento para recibir valoración médica, interrogatorio clínico, exploración física y, en su caso, la indicación de estudios diagnósticos no invasivos en el Centro Integral de Tiroides (CIT). Entiendo que este documento cubre el primer contacto y la valoración general; cualquier estudio invasivo, procedimiento de intervención o tratamiento específico requerirá su propio consentimiento informado detallado, con sus riesgos, beneficios y alternativas particulares.

2. CONFIDENCIALIDAD

El personal médico, de enfermería y administrativo del CIT tiene el deber legal y ético de guardar confidencialidad sobre toda la información relacionada con mi salud, mi diagnóstico, tratamiento y cualquier dato personal que proporcione, en los términos de la Ley General de Salud y la normatividad aplicable en materia de expediente clínico (NOM-004-SSA3-2012). Esta confidencialidad únicamente cede ante requerimiento de autoridad competente conforme a la ley, o ante la necesidad de compartir información estrictamente indispensable con el personal de salud que directamente participe en mi atención.

Entiendo que puedo solicitar que mi consulta se realice en privado, sin la presencia de terceros no autorizados por mí, y que cualquier acompañante estará presente en la consulta solo con mi autorización expresa.

3. EXPEDIENTE CLÍNICO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES

Reconozco que se me puso a disposición el Aviso de Privacidad del CIT. Otorgo mi **consentimiento expreso y por escrito**, conforme a los artículos 8, 9, 16 y 21 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP) — que clasifica los datos de salud como **datos personales sensibles** —, para que mis datos personales, incluidos datos de identificación, antecedentes, resultados de laboratorio y gabinete, imágenes y documentos clínicos, sean recabados y tratados con las siguientes finalidades: integrar y conservar mi expediente clínico conforme a la NOM-004-SSA3-2012 y NOM-024-SSA3-2012 (expediente electrónico); prestar, coordinar y dar seguimiento a mi atención médica; programar y confirmar citas; comunicarme resultados y recordatorios; y cumplir obligaciones sanitarias, administrativas, fiscales y legales aplicables. Autorizo las transferencias estrictamente necesarias a los profesionales tratantes, al Hospital MAC Cuemanco y a los laboratorios o servicios auxiliares que intervengan legítimamente en mi atención, sujetos siempre a deberes de confidencialidad equivalentes a los del CIT.

MEDIOS DE CONTACTO AUTORIZADOS (el paciente marca a mano)

☐ **LLAMADA TELEFÓNICA** ☐ **WHATSAPP / MENSAJE DE TEXTO** ☐ **CORREO ELECTRÓNICO**

☐ No autorizo comunicaciones por ninguno de los medios anteriores (esta opción es excluyente de las anteriores)

4. USO DE DATOS DESIDENTIFICADOS CON FINES ESTADÍSTICOS Y DE INVESTIGACIÓN (OPCIONAL)

De manera **separada, voluntaria y opcional** a lo anterior, y sin que afecte en forma alguna mi atención médica actual o futura en caso de no autorizarlo, se me solicita mi consentimiento para el uso de mis datos clínicos **previamente desidentificados** (es decir, sin mi nombre ni ningún dato que permita identificarme directamente) para fines estadísticos internos del CIT y/o de investigación académica sobre patología tiroidea. Este uso secundario no incluye la venta, cesión comercial ni transferencia de mis datos a terceros ajenos al CIT.

DECISIÓN DEL PACIENTE (el paciente marca a mano)

☐ SÍ AUTORIZO **☐ NO AUTORIZO**

5. DERECHOS ARCO Y REVOCACIÓN

Entiendo que en cualquier momento puedo ejercer mis derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (derechos ARCO) respecto de mis datos personales, así como revocar el consentimiento otorgado en este documento —incluyendo, sin necesidad de dar explicación alguna, el uso opcional con fines estadísticos y de investigación del punto 4—, dirigiéndome directamente al CIT a través de los medios de contacto oficiales publicados en el Aviso de Privacidad. La revocación no tendrá efectos retroactivos sobre los tratamientos de datos ya realizados conforme a este consentimiento, ni afectará mi derecho a continuar recibiendo atención médica.

Declaro que leí o me fue leído este documento en su totalidad, que recibí información suficiente y comprensible, que pude formular preguntas y que éstas fueron respondidas a mi satisfacción. Firmo de manera libre, consciente e informada, antes de ingresar a consulta, en la Ciudad de México, en la fecha y hora arriba anotadas.

Firma del paciente ó Nombre completo y firma del familiar responsable y/o representante legal del paciente	Nombre completo, identificación y firma de testigo o personal del CIT que recibe el documento

EJEMPLAR PARA EL PACIENTE

Centro Integral de Tiroides
Hospital MAC Cuemanco · Tlalpan, CDMX

Consentimiento de Ingreso, Confidencialidad y Tratamiento de Datos
Número de expediente: —

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESO

Acuerdo de confidencialidad y de tratamiento de datos personales — a firmar antes de la primera consulta

Este documento es de carácter **general** y debe firmarse **antes de ingresar al consultorio**, independientemente del motivo de consulta. No sustituye ni excluye el consentimiento informado específico (NOM-026-SSA3-2012) que se solicitará por separado si se requiere algún estudio o procedimiento en particular.

Fecha de llenado: ___ / ___ / _____ **Hora:** _____
(la llena a mano quien recibe el documento firmado, con la fecha y hora reales de la firma)

NOMBRE DEL (LA) PACIENTE

_____

1. CONSENTIMIENTO GENERAL DE ATENCIÓN

El que suscribe la presente, con carácter de ☐ paciente, o ☐ familiar responsable / representante legal del paciente (parentesco o relación: _____), de una manera libre, consciente e informada, otorgo mi consentimiento para recibir valoración médica, interrogatorio clínico, exploración física y, en su caso, la indicación de estudios diagnósticos no invasivos en el Centro Integral de Tiroides (CIT). Entiendo que este documento cubre el primer contacto y la valoración general; cualquier estudio invasivo, procedimiento de intervención o tratamiento específico requerirá su propio consentimiento informado detallado, con sus riesgos, beneficios y alternativas particulares.

2. CONFIDENCIALIDAD

El personal médico, de enfermería y administrativo del CIT tiene el deber legal y ético de guardar confidencialidad sobre toda la información relacionada con mi salud, mi diagnóstico, tratamiento y cualquier dato personal que proporcione, en los términos de la Ley General de Salud y la normatividad aplicable en materia de expediente clínico (NOM-004-SSA3-2012). Esta confidencialidad únicamente cede ante requerimiento de autoridad competente conforme a la ley, o ante la necesidad de compartir información estrictamente indispensable con el personal de salud que directamente participe en mi atención.

Entiendo que puedo solicitar que mi consulta se realice en privado, sin la presencia de terceros no autorizados por mí, y que cualquier acompañante estará presente en la consulta solo con mi autorización expresa.

3. EXPEDIENTE CLÍNICO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES

Reconozco que se me puso a disposición el Aviso de Privacidad del CIT. Otorgo mi **consentimiento expreso y por escrito**, conforme a los artículos 8, 9, 16 y 21 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP) — que clasifica los datos de salud como **datos personales sensibles** —, para que mis datos personales, incluidos datos de identificación, antecedentes, resultados de laboratorio y gabinete, imágenes y documentos clínicos, sean recabados y tratados con las siguientes finalidades: integrar y conservar mi expediente clínico conforme a la NOM-004-SSA3-2012 y NOM-024-SSA3-2012 (expediente electrónico); prestar, coordinar y dar seguimiento a mi atención médica; programar y confirmar citas; comunicarme resultados y recordatorios; y cumplir obligaciones sanitarias, administrativas, fiscales y legales aplicables. Autorizo las transferencias estrictamente necesarias a los profesionales tratantes, al Hospital MAC Cuemanco y a los laboratorios o servicios auxiliares que intervengan legítimamente en mi atención, sujetos siempre a deberes de confidencialidad equivalentes a los del CIT.

MEDIOS DE CONTACTO AUTORIZADOS (el paciente marca a mano)

☐ **LLAMADA TELEFÓNICA** ☐ **WHATSAPP / MENSAJE DE TEXTO** ☐ **CORREO ELECTRÓNICO**

☐ No autorizo comunicaciones por ninguno de los medios anteriores (esta opción es excluyente de las anteriores)

4. USO DE DATOS DESIDENTIFICADOS CON FINES ESTADÍSTICOS Y DE INVESTIGACIÓN (OPCIONAL)

De manera **separada, voluntaria y opcional** a lo anterior, y sin que afecte en forma alguna mi atención médica actual o futura en caso de no autorizarlo, se me solicita mi consentimiento para el uso de mis datos clínicos **previamente desidentificados** (es decir, sin mi nombre ni ningún dato que permita identificarme directamente) para fines estadísticos internos del CIT y/o de investigación académica sobre patología tiroidea. Este uso secundario no incluye la venta, cesión comercial ni transferencia de mis datos a terceros ajenos al CIT.

DECISIÓN DEL PACIENTE (el paciente marca a mano)

☐ SÍ AUTORIZO **☐ NO AUTORIZO**

5. DERECHOS ARCO Y REVOCACIÓN

Entiendo que en cualquier momento puedo ejercer mis derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (derechos ARCO) respecto de mis datos personales, así como revocar el consentimiento otorgado en este documento —incluyendo, sin necesidad de dar explicación alguna, el uso opcional con fines estadísticos y de investigación del punto 4—, dirigiéndome directamente al CIT a través de los medios de contacto oficiales publicados en el Aviso de Privacidad. La revocación no tendrá efectos retroactivos sobre los tratamientos de datos ya realizados conforme a este consentimiento, ni afectará mi derecho a continuar recibiendo atención médica.

Declaro que leí o me fue leído este documento en su totalidad, que recibí información suficiente y comprensible, que pude formular preguntas y que éstas fueron respondidas a mi satisfacción. Firmo de manera libre, consciente e informada, antes de ingresar a consulta, en la Ciudad de México, en la fecha y hora arriba anotadas.

Firma del paciente ó Nombre completo y firma del familiar responsable y/o representante legal del paciente	Nombre completo, identificación y firma de testigo o personal del CIT que recibe el documento