AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

GINESER S.C. | CONSULTORIO ZIHUACALI

Versión 1.2 | Fecha de actualización: 9 de noviembre de 2026

GINESER S.C. protege sus datos personales y los utiliza para brindarle los servicios solicitados en el consultorio ZIHUACALI. Este aviso resume las finalidades principales y las opciones disponibles. Consulte el Aviso de Privacidad Integral de ZIHUACALI para conocer todos los detalles.

Responsable y medios de contacto

GINESER S.C. es responsable del tratamiento de sus datos personales. Domicilio del responsable: Calle Salina Cruz número 54, colonia Roma Sur, alcaldía Cuauhtémoc, código postal 06760, Ciudad de México. Domicilio del consultorio ZIHUACALI: Doctor Balmis número 204, colonia Doctores, alcaldía Cuauhtémoc, código postal 06720, Ciudad de México. Teléfono de información y contacto del consultorio: 55 5105 2571.

Responsable de privacidad: Dra. Christian Ileana Velasco Moncada, Directora Médica de GINESER S.C., encargada de atender las solicitudes de privacidad de todas sus sedes. Correo institucional: dmgineser@ginesersc.mx, autorizado también para ZIHUACALI. Puede presentar solicitudes por escrito en la recepción del consultorio o enviarlas a ese correo.

La recepción presencial de solicitudes de privacidad se realiza de lunes a viernes, de 14:00 a 18:00 horas; las solicitudes electrónicas pueden presentarse en cualquier momento.

Datos personales que podemos tratar

Según el servicio que solicite, podemos tratar datos de identificación y contacto; datos fiscales y de pago cuando sean necesarios para facturar, cobrar o gestionar un reembolso; y datos de representantes o contactos de emergencia en la medida necesaria. La información financiera se limitará a los conceptos y medios de pago utilizados en cada servicio, incluidos los electrónicos cuando correspondan.

También podemos tratar datos personales sensibles, como información de salud, antecedentes médicos, diagnósticos, tratamientos no quirúrgicos, resultados de estudios, información sobre vida sexual o reproductiva y, cuando el servicio lo requiera, información genética o de patología. La videovigilancia capta imagen y audio en el exterior, pasillos, recepción y áreas comunes, únicamente para seguridad y control de acceso; las grabaciones se conservan durante un mes, salvo conservación legalmente justificada, y no se comparten ordinariamente con terceros.

Para brindarle servicios de consulta médica ambulatoria, valoración, prevención, diagnóstico, orientación y seguimiento en ginecología y urología, podremos tratar datos de identificación y contacto, así como datos personales sensibles relacionados con su salud y, cuando corresponda, vida sexual o reproductiva. ZIHUACALI no realiza cirugías ni procedimientos presenciales de interrupción legal del embarazo (ILE) en sus instalaciones. Podrá ofrecer TeleILE como servicio de aborto médico a distancia, sujeto a valoración clínica; cuando corresponda, podrá referir pacientes a GINESER Roma o a hospitales externos.

Según la atención requerida, estos datos pueden comprender antecedentes médicos, ginecológicos o urológicos; diagnósticos; síntomas; tratamientos; medicamentos; alergias; resultados de laboratorio, imagen o patología y otros estudios pertinentes para la consulta. También podremos tratar datos de pago y facturación cuando sean necesarios para administrar el servicio. Cuando se requiera una referencia a GINESER Roma o a un hospital externo, se utilizarán únicamente los datos clínicos y de contacto necesarios para coordinar la atención, bajo las reglas aplicables de acceso interno o transferencia.

En TeleILE podrán tratarse datos de salud sexual y reproductiva, ubicación durante la atención, información para la consulta virtual y, cuando proceda, domicilio de entrega de medicamentos, exclusivamente para valoración, contratación, atención y seguimiento remotos.

Finalidades necesarias

Utilizamos los datos que sean necesarios para:

- Atender solicitudes de información, gestionar citas, consultas, valoraciones, estudios diagnósticos y seguimiento médico ambulatorio.
- Integrar y conservar el expediente clínico; realizar valoración, prevención, diagnóstico, orientación, tratamiento no quirúrgico y seguimiento.
- Coordinar estudios, interconsultas, referencias y atención con profesionales o establecimientos de salud cuando sea necesario. Esto incluye la canalización de pacientes desde ZIHUACALI a GINESER Roma o a hospitales externos, sin que la referencia implique la realización de cirugías en el consultorio.
- Gestionar contratación, pagos, facturación, aclaraciones, cancelaciones, reembolsos y reclamaciones relacionados con las consultas y servicios efectivamente prestados, incluidas las operaciones electrónicas de TeleILE cuando se encuentren habilitadas.
- Cumplir obligaciones sanitarias y requerimientos legales; atender quejas y revisar la calidad y seguridad de la atención, usando datos disociados para estadísticas cuando sea posible.
- Entregar o enviar resultados a usted o a una persona legitimada, después de verificar identidad, destinatario y canal elegido. La elección de correo electrónico o WhatsApp para recibir información clínica deberá documentarse por un medio verificable; la designación de un contacto de emergencia no autoriza por sí sola la entrega de resultados.
- Proteger la seguridad y controlar el acceso a las instalaciones mediante videovigilancia con imagen y audio en el exterior, pasillos, recepción y áreas comunes.

Finalidades opcionales

Sólo si usted lo autoriza, podremos utilizar su nombre y medios de contacto para enviar promociones sobre servicios del consultorio o invitarle a encuestas voluntarias de satisfacción. Puede aceptar o rechazar cada finalidad por separado. Si no autoriza estos usos, no se realizarán y su decisión no afectará la atención médica ni los servicios contratados. Los datos clínicos y de vida sexual o reproductiva no se utilizarán para campañas comerciales.

La publicación de fotografías, voz, testimonios o información que permita identificarle requiere una autorización específica. Este aviso tampoco autoriza por sí solo finalidades de investigación no informadas.

Transferencias de datos

Cuando sea necesario para la atención solicitada, podremos comunicar los datos indispensables a profesionales, laboratorios o establecimientos de salud. También podremos comunicarlos a autoridades competentes cuando exista una obligación o requerimiento legal. La entrega de información a familiares, representantes, médicos tratantes, aseguradoras u otras instituciones se sujetará a la legitimación, autorización, necesidad y excepciones previstas por la ley. La referencia a un hospital externo que actúe como responsable independiente se sujetará a las condiciones legales de transferencia; se comunicarán sólo los datos necesarios para valoración, estudios, ingreso o continuidad de la atención.

Para transferencias a terceros que no estén cubiertas por una excepción legal, le informaremos los destinatarios o categorías y finalidades, y solicitaremos su consentimiento cuando corresponda. No se dará acceso general a su expediente por el solo hecho de ser familiar, contacto de emergencia o entidad que financie un servicio. El acceso a información entre ZIHUACALI, GINESER Roma y los demás establecimientos operados por GINESER S.C., bajo la responsabilidad de la misma persona moral, constituye tratamiento interno y no una transferencia entre responsables distintos; se limitará al personal autorizado y a la información necesaria para la atención.

Datos sensibles y consentimiento médico

El tratamiento de datos sensibles se sujetará al consentimiento expreso y por escrito cuando la ley lo requiera, mediante firma autógrafa, firma electrónica u otro mecanismo de autenticación legalmente admisible. La ley prevé excepciones específicas que se valorarán y documentarán en cada caso. Este aviso y el consentimiento de privacidad no sustituyen el consentimiento informado médico. En TeleILE, la aceptación comercial, el consentimiento para datos sensibles y el consentimiento informado médico se recabarán de manera independiente, mediante mecanismos electrónicos jurídicamente admisibles con constancia verificable.

Cómo limitar usos, ejercer derechos o revocar el consentimiento

Puede solicitar acceso, rectificación, cancelación u oposición (derechos ARCO), limitar el uso o divulgación de sus datos, o revocar un consentimiento por escrito al correo: **derechosarco@ginesersc.mx** o en la recepción de ZIHUACALI, en Doctor Balmis número 204, colonia Doctores, Ciudad de México, dirigido a la Dra. Christian Ileana Velasco Moncada, responsable de privacidad. Para promociones o encuestas, también puede manifestar que no desea recibirlas, sin necesidad de justificarlo. La revocación no tiene efectos retroactivos ni elimina obligaciones legales de conservación.

Aviso Integral y cambios

Consulte el Aviso de Privacidad Integral de ZIHUACALI en https://zihuacali.mx/aviso-privacidad, en la recepción de Doctor Balmis número 204, colonia Doctores, Ciudad de México, o solicite una copia al correo dmgineser@ginesersc.mx. Ahí encontrará información sobre derechos ARCO, transferencias, seguridad y conservación. Las actualizaciones se publicarán en ese enlace y estarán disponibles en recepción; cuando corresponda, se recabará un nuevo consentimiento antes del tratamiento. Las operaciones electrónicas, incluido TeleILE cuando se encuentre habilitado, observarán las finalidades y autorizaciones previstas en dicho aviso.

Exhibición física del aviso integral. ZIHUACALI mantendrá el Aviso de Privacidad Integral vigente a la vista y disponible en versión impresa para consulta inmediata en recepción. El presente Aviso Simplificado se exhibirá en los puntos donde se recaben datos personales y se pondrá a disposición en los canales digitales de captación que correspondan. El acceso presencial no dependerá únicamente de un código QR o de un enlace a internet.

El sitio de ZIHUACALI utiliza cookies, píxeles, etiquetas y otras tecnologías para funcionamiento, análisis de navegación, estadísticas y medición de campañas. Sus opciones de gestión se describen en el Aviso Integral y en el navegador. No se utilizarán datos clínicos para publicidad.

Fundamento de referencia: artículos 15 y 16 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

Constancia y autorizaciones de la persona titular

Complete esta sección después de leer el aviso. Marque una sola opción por renglón. Una casilla vacía, un destinatario sin identificar o una finalidad sin describir no constituye autorización. Puede dejar en blanco cualquier finalidad o transferencia opcional. Las opciones también podrán registrarse por medios electrónicos con constancia verificable, sin necesidad de imprimir o escanear este formato.

A. Consentimiento expreso para datos personales sensibles

Para los datos personales sensibles que el consultorio recabe y que sean necesarios para las finalidades médicas descritas en este aviso información de salud y, cuando corresponda al servicio, vida sexual o reproductiva, genética, patología o creencias con necesidad clínica justificada, manifiesto la opción siguiente:

☐ **SÍ OTORGO** consentimiento expreso y por escrito para el tratamiento de los datos sensibles descritos, para consulta, valoración, prevención, diagnóstico, orientación, tratamiento no quirúrgico, atención remota

TeleILE cuando corresponda y seguimiento médico ambulatorio, integración y conservación del expediente clínico y coordinación de la atención.

☐ **NO OTORGO** este consentimiento. GINESER valorará si puede tratar los datos por una excepción legal aplicable; si no existe una base legal para el tratamiento necesario, me explicará las consecuencias antes de continuar.

Esta autorización de privacidad no sustituye el consentimiento informado médico para exploraciones, toma de muestras, pruebas diagnósticas u otros actos médicos. Cuando se aplique una excepción legal, GINESER deberá verificarla y documentarla; no deberá completar ni presumir una firma por la persona titular.

B. Finalidades opcionales

Para estas finalidades sólo se usarán los datos de contacto indicados; no se utilizarán datos clínicos ni de vida sexual o reproductiva para campañas comerciales.

Promociones e información comercial de GINESER S.C. ☐ **SÍ AUTORIZO** ☐ **NO AUTORIZO**

Invitaciones a encuestas voluntarias de satisfacción. ☐ **SÍ AUTORIZO** ☐ **NO AUTORIZO**

Medio de contacto para las finalidades que autoricé:

_____

C. Autorizaciones específicas de transferencia

Las siguientes autorizaciones sólo aplican si se identifica al destinatario, se especifican los datos que recibirá y se describe la finalidad. Marque SÍ únicamente para el flujo que acepta. No autorizan acceso general al expediente clínico.

Si una comunicación es indispensable para diagnóstico, asistencia o tratamiento, la ley puede permitirla sin consentimiento en un supuesto específico. En ese caso, GINESER deberá verificar y documentar el fundamento. Cuando el consentimiento sí sea exigible, sólo se transferirán los datos autorizados, al destinatario identificado y para la finalidad descrita.

1. Profesionales, laboratorios u hospitales externos que participarán en mi atención

Nombre del profesional o institución, especialidad o servicio: _____

Datos que autorizo transferir (marque sólo los necesarios):

☐ Datos de identificación y contacto

☐ Antecedentes o resumen clínico pertinente

☐ Diagnóstico o tratamiento

☐ Resultados de análisis o imagenología

☐ Imágenes clínicas

☐ Datos de salud sexual/reproductiva, genéticos o de patología (especifique): _____

Finalidad concreta: ☐ diagnóstico/estudios ☐ interconsulta ☐ referencia a hospital externo ☐ tratamiento/seguimiento ☐ otra: _____

☐ **SÍ AUTORIZO** esta transferencia específica ☐ **NO AUTORIZO**

C.1. Consentimiento específico para el tratamiento y, cuando corresponda, transferencia

Consiento expresamente y por escrito el tratamiento de mis datos personales sensibles de salud y, cuando sea necesario para la atención que solicito, su comunicación, cuando proceda, a los prestadores individualizados en el numeral 1 de la sección C o en un formato específico de atención, exclusivamente para valoración, diagnóstico, estudios, interconsulta, orientación, tratamiento no quirúrgico y seguimiento ambulatorio, integración del expediente clínico y cumplimiento de las obligaciones aplicables. Entiendo que esta autorización de datos no constituye consentimiento informado médico ni autoriza cirugías o procedimientos presenciales de ILE en ZIHUACALI; tampoco sustituye el consentimiento informado específico de TeleILE.

Nombre de la persona titular: _____
Nombre y carácter de quien representa, si procede: _____
Fecha: _____

Firma autógrafa o mecanismo electrónico admisible: _____

La comunicación de datos deberá ajustarse a las finalidades, destinatarios y excepciones previstas en la legislación de protección de datos vigente. La firma de este apartado no constituye autorización general para compartir el expediente con cualquier hospital, profesional o aseguradora; cuando la transferencia requiera consentimiento, deberán constar destinatario, datos y finalidad concretos.

C.2. Otra persona o entidad destinataria

Puede utilizar este apartado para designar, por ejemplo, a una persona autorizada, aseguradora o institución contratante. Complete todos los campos antes de marcar SÍ. En todos los casos sólo se comunicarán los datos necesarios para la finalidad específica, cuando exista base legal suficiente o consentimiento específico.

Nombre de la persona o razón social: _____

Relación o carácter: _____

Datos que autorizo transferir (marque sólo los necesarios):

☐ Identificación/contacto

☐ Datos administrativos del servicio

☐ Resumen clínico o diagnóstico

☐ Tratamiento

☐ Resultados o imágenes

☐ Datos de salud sexual/reproductiva, genéticos o de patología (especifique): _____

Finalidad concreta: ☐ entrega de resultados a la persona que designo ☐ trámite de cobertura/pago ☐ otra: _____

☐ **SÍ AUTORIZO** esta transferencia específica ☐ **NO AUTORIZO**

La firma no autoriza la entrega de resultados al empleador o institución contratante, ni a familiares o contactos de emergencia, salvo que estén identificados arriba y se haya autorizado expresamente el alcance indicado o exista una excepción legal aplicable.

Si necesita autorizar más destinatarios, registre por medios electrónicos o físicos el destinatario, los datos y la finalidad concreta, con fecha y aceptación verificable.

Manifestación y firma

Confirmo que tuve a mi disposición este aviso y que pude elegir por separado. Con mi firma o aceptación electrónica verificable, únicamente otorgo los consentimientos y autorizaciones seleccionados expresamente con SÍ y descritos en este documento. Puedo revocarlos o solicitar que se limite su uso por el correo **derechosarco@ginesersc.mx** o por escrito en la recepción de ZIHUACALI, sin efectos retroactivos y sin afectar tratamientos que deban conservarse por obligación legal.

Nombre de la persona titular:

_____

Representante, si procede, y carácter:

_____

Documento que acredita representación, si procede:

_____

Fecha: _____

Firma autógrafa o mecanismo de autenticación:

_____