

AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL

IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE:

Los Servicios de Salud de Oaxaca a través de la Subdirección General de Servicios de Salud de Oaxaca, con domicilio en calle J.P. García número 103, Colonia Centro, código postal 68000, Ciudad de Oaxaca de Juárez, estado de Oaxaca; es la responsable de los datos personales que usted proporcione, para efectos de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Oaxaca, por lo que estamos conscientes que usted como usuario tiene derecho a conocer el uso que le damos a la información que nos proporciona conforme a este Aviso de Privacidad.

DATOS PERSONALES SENSIBLES QUE SE RECABAN:

- Datos Personales

✓ Fecha de nacimiento.	✓ Municipio	✓ Código postal.
------------------------	-------------	------------------

- Datos sensibles proporcionados que se relacionan con estado de salud y sintomatología:

✓ Si está embarazada.	✓ Dolor en articulaciones.	✓ Fecha desde cuando ha presentado esos síntomas.
✓ Si ha estado en contacto con alguna persona ya sea sospechosa o contagiada por Coronavirus y confirmada por estudio de laboratorio.	✓ Dolor de garganta.	✓ Diabetes.
✓ Si ha tenido fiebre mayor a 38° centígrados.	✓ Malestar general.	✓ Hipertensión.
✓ Tos seca y persistente.	✓ Dificultad para respirar.	✓ Cáncer.
✓ Dolores musculares.	✓ Si ha dejado de oler o saborear la comida.	✓ VIH/sida.
✓ Dolor de cabeza.	✓ Ardor en los ojos.	✓ Asma o alergias
✓ Si está pasado de peso.		

- Datos sensibles relacionado con el estado de salud mental:

✓ Si ha tenido agitación, tensión o pánico.	✓ Está en estado de alerta con los síntomas que se presentan en el cuerpo.
✓ Que no se puede dejar de pensar en la enfermedad o en la preocupación de enfermarse.	✓ Cuesta controlar tu preocupación y preguntas persistentemente a tus familiares por su estado de salud, advirtiéndole las graves peligro que corren cada vez que salen del domicilio.
✓ Si existe dificultad para concentrarse o interesarse por otros asuntos.	✓ Percibe un aumento del ritmo cardiaco.
✓ Si cuesta trabajo desarrollar las labores cotidianas o realizar el trabajo adecuadamente.	✓ Tiene respiración acelerada y sudoración.
✓ Si el miedo le paraliza e impide salir a la calle.	✓ Tiene temblores sin causa justificada
✓ Presenta problemas para tener un sueño reparador.	

FINALIDADES:

- Compartir su información personal que proporciona, como es: fecha de nacimiento, municipio, código postal; además, por tratarse de un tema de salud pública, los datos sensibles proporcionados que se relacionan con su estado de salud, así como la sintomatología que pudiera presentar, como es: si está embarazada, si ha estado en contacto con alguna persona ya sea sospechosa o contagiada por Coronavirus y confirmada por estudio de laboratorio, si ha tenido fiebre mayor a 38° centígrados, tos seca y persistente, dolores musculares, dolor de cabeza, dolor en articulaciones, dolor de garganta, malestar general, dificultad para respirar, si ha dejado de oler o saborear la comida, ardor en los

ojos, y desde cuando ha presentado esos síntomas, además si tiene diabetes, hipertensión, cáncer, VIH/sida, asma o alergias y si está pasado de peso; además de datos sensibles relacionado con su salud mental, como son: si ha tenido agitación, tensión o pánico, que no se puede dejar de pensar en la enfermedad o en la preocupación de enfermarse, si existe dificultad para concentrarse o interesarse por otros asuntos, si cuesta trabajo desarrollar las labores cotidianas o realizar el trabajo adecuadamente, si el miedo te paraliza e impide salir a la calle. Lo anterior, exclusivamente con la finalidad de efectuar el diagnóstico preliminar sobre su estado de salud en relación con la enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID -19).

- Identificar si el usuario posee alguno de los síntomas generados por el virus SARS-CoV2 (COVID -19), y apoyar en su toma de decisión con respecto de solicitar o no atención médica oportuna.
- Adoptar decisiones para ejecutar medidas sanitarias y en su caso políticas de control, en aquellos lugares en que la geo ubicación determine áreas con mayor localización de personas que puedan haber contraído la enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID -19).
- Detectar grupos vulnerables ante la enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID -19).
- Brindarle la atención médica que requiera conforme a las políticas, procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica y demás normatividad institucional de los Servicios de Salud de Oaxaca, para atender la enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID -19).
- Brindar estadísticas para la alimentación de los sistemas de información del Organismo.
- Fortalecer la comunicación entre la población del Estado y las autoridades sanitarias para detener la propagación de la enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID -19).

Si los datos personales y/o sensibles recabados se necesitarán para una finalidad distinta a las enunciadas con anterioridad, los Servicios de Salud lo comunicarán al usuario a fin de obtener su autorización para el tratamiento de sus datos personales.

TRANSMISIÓN Y TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES Y SENSIBLES

Con el consentimiento que otorga, le informamos que sus datos personales podrán ser transferidos dentro y fuera del Organismo (Servicios de Salud de Oaxaca), en términos de lo señalado en los artículos 15, fracción IV, y 62, fracción VI, de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Oaxaca:

- Con la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, a efecto de que se adopten medidas sanitarias para atender la epidemia el virus SARS-CoV2.
- Con la Secretaría de Gobernación, por razones de salud pública y con la finalidad de que organice, consolide y ejecute el Sistema Estatal de Protección Civil; para que así se pueda proporcionar orientación, apoyo y seguridad a la población, en temas de prevención para evitar la propagación de la enfermedad el virus SARS-CoV2.
- Con médicos tratantes e interconsultantes para fines de integrar su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- Con otras Unidades Médicas del Organismo o de otra institución, a través de la hoja de referencia y/o resumen clínico para la obtención de una atención médica de mayor nivel resolutivo o por contar con derechohabencia.
- Con las plataformas informáticas Estatales y Nacionales para fines de evidencia de productividad, transferencia de recursos para la operación de las estrategias de los programas, y datos estadísticos.
- Con la empresa denominada VERSATILIDAD INTERNACIONAL DE COOPERACIÓN OPORTUNA SA de CV, quien administra el sistema automatizado Salud Oaxaqueña, para que esté disponible las 24 horas del día los 7 días de la semana para atender temas relacionados al virus SARS-CoV2.
- Con la empresa WhatsApp Inc, por ser la Titular de la plataforma de comunicación consistente en la aplicación WhatsApp.

MECANISMOS Y MEDIOS DISPONIBLES PARA MANIFESTAR LA NEGATIVA AL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES:

En caso de que usted desee revocar o negar su consentimiento para que sus datos personales sean usados para las finalidades antes descritas, o desee ejercer sus derechos ARCO, agradeceremos presente su solicitud por escrito a través de los siguientes medios:

Correos electrónicos: enlacesalud@oaxaca.com.mx o asesoríaajurss01@hotmail.com. Las 24 horas del día, los 365 días del año.

Unidad de Transparencia de los Servicios de Salud de Oaxaca ubicada en avenida Independencia número 407, Colonia Centro, Oaxaca de Juárez, Oaxaca. C.P.68000. De lunes a viernes, en un horario de 9:00 a 16:00 horas.

Lo anterior dentro de un plazo de diez días hábiles posteriores a que haya proporcionado sus datos personales y sensibles.

Si desea conocer el procedimiento para el ejercicio de estos derechos puede acudir a la Unidad de Transparencia de los Servicios de Salud de Oaxaca y/o consultar <https://www.plataformadetransparencia.org.mx> y <https://www.infomex.org.mx/>.

La solicitud para ejercer sus derechos ARCO deberá contener:

- Nombre del titular.
- Domicilio del titular o dirección de correo electrónico para comunicar respuesta a solicitud.
- Documentos que acrediten identidad o autorización para representarlo en la solicitud.
- Descripción de datos personales sobre los que pretende ejercer algún derecho ARCO.
- Fecha en la cual recibió los servicios y/o cualquier otro elemento que permita la localización de los datos personales.
- Descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los cuales busca ejercer un derecho ARCO, cual es el derecho a ejercer y las razones por las cuales desea ejercerlo.
- Para una rectificación de datos, favor de indicar también las modificaciones a realizarse, aportando la documentación que sustente su petición.

Para menores de edad, los documentos para acreditar la representación legal de este, los documentos serán:

- Acta de nacimiento y credencial con fotografía del menor (la otorgada por la institución académica a donde acuda), pasaporte vigente, o cualquier otra que cuente con fotografía del mismo.

Todos los datos personales son tratados de conformidad con la legislación aplicable y vigente.

SITIO DONDE PODRÁ SER CONSULTADO EL AVISO DE PRIVACIDAD:

La Subdirección General de Servicios de Salud de los Servicios de Salud de Oaxaca, pone el aviso de privacidad en el siguiente vínculo <https://www.oaxaca.gob.mx/salud/aviso-de-privacidad/>.

En el caso del aviso de privacidad de la aplicación WhatsApp, puede ser consultada en el siguiente vínculo <https://www.whatsapp.com/legal/?lang=es>.

MEDIOS A TRAVÉS DE LOS CUALES EL RESPONSABLE COMUNICARA LOS CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD.

El aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales, de las propias necesidades del "Responsable" por el servicio que se ofrece, de la práctica de privacidad o de otras causas; por lo que en caso de que exista un cambio de este aviso de privacidad, lo haremos de su conocimiento a través del portal <https://www.oaxaca.gob.mx/salud/aviso-de-privacidad> en el apartado de transparencia.

FECHA DE APROBACIÓN: Mayo 2020