

RAMÓN CORONA NO. 55 TELS.: 3853-1041, 3853-1048, 3853-1064, 3853-1074
ATEMAJAC DEL VALLE, ZAPOPAN, JALISCO
R.F.C. HVA-890913-1LO

Nombre: eje ej ej				
Edad: 0 Sexo: M	asculino	Estado Civil:	Soltero(a)	Tel.:
Dirección: dd				
Dirección del lugar de proc	edencia: dd			
Nombre del Cónyuge: fd	lsf			
Nombre del Padre: df	f			
Nombre de la Madre: fs	df			
Lugar donde trabaja:				
En caso de emergencia av	isar a: dfsd			
Nombre del médico:	José Gabino Juárez	Guzmán		
Observaciones:				
'EL USUARIO' de los servi y/o su familiar responsable atención médica que pro colaboradores, para que p administración de medical capacitado para firmar el	icios cuyos datos generale e y/o su representante le oporciona 'EL HOSPITAL prescriban, lleven a cabo mentos y anestésico pres contrato, lo hará en su n Representante Legal y s nes anteriormente establec	es aparecen e gal de nombre L' a 'EL USL tratamiento r scritos. Ambas ombre y repre erá quien se cidas.	n los DATOS GENER e manifiesta(n) su vo JARIO' autoriza a [ médico que requiera es partes convienen e esentación la person	ITOS AL REVERSO DEL PRESENTE RALES DE ADMISIÓN al inicio de la presente oluntad de contratar y servir los servicios de Dr. José Gabino Juárez Guzmán y a sus en la atención de su persona, así como la en que en caso de que 'EL USUARIO' esté a denominada en el presente contrato como manera solidaria en el cumplimiento de las
EL HOSPITA	<u>L</u>			EL PACIENTE
FAMILIAR RESPON	NSABLE			REPRESENTANTE LEGAL



# HOSPITAL DEL VALLE DE ATEMAJAC S.A. DE C.V. RAMÓN CORONA NO. 55 TELS.: 3853-1041, 3853-1048, 3853-1064, 3853-1074 ATEMAJAC DEL VALLE, ZAPOPAN, JALISCO

R.F.C. HVA-890913-1LO

CONTRATO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA POR COBRO DIRECTO QUE CELEBRAN EL HOSPITAL DEL VALLE DE ATEMAJAC, S.A. DE C.V. QUIEN EN LO

SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ 'EL HOSPITAL'.	
Y POR OTRA PARTE EL SR.(A) <u>eje ej ej</u>	
	A QUIEN
EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ EL 'EL PACIENTE' Y QUE CI	ELEBRAN AL TENOR
DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLAUSULAS:	
DECLARACIONES	
I. Hospital del Valle de Atemajac S.A. de C.V. Es una empresa legalment	e constituida, según las
Leyes Mexicanas, ante la Fé del LIC. MANUEL BAILON CABRERA No	tario Público No. 35 de
Guadalajara, Jal. Mediante Escriture Pública No. 27,264 fecha 13 DE SEPTII	EMBRE 1989 registrada
en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio el 27 DE OCTUBRE D	DE 1989 bajo inscripción
27-28 de tomo 355 del libro primero del Registro Público de Comercio. Agreg	Juárez Guzmái gó con el Número 21 del
Apéndice 1089 de este libro la documentación respectiva. Representada en l	la actualidad por el DR.
JAVIER ALCANTAR JARAMILLO como administrador general único.	
2a. 'EL HOSPITAL' tiene como objeto la Prestación de Servicios Hospitalario	os en General, examenes
clínicos diagnóstico de enfermedades, análisis de laboratorio y venta de todo ti	ipo de medicamentos.
3a. 'EL HOSPITAL' manifiesta contar con las instalaciones y equipo propio	os y personal capacitado
necesarios para proporcionar los servicios indicados en el punto que antecede.	
4a. El usuario de los servicios o 'El Paciente' cuyos datos generales ap	parecen en los DATOS
GENERALES DE ADMINISTRACIÓN al inicio de la presente y/o su fi	amiliar responsable y/o
representante legal de nombre:dfsd	
	Manifiesta
(n) su voluntad de contratar y recibir los servicios de atención médica que prop	porciona 'El Hospital'.
5a. 'El Paciente' es conforme de observar las normas de Reglamento Interno d	el Hospital.
CLAUSULAS	
PRIMERA 'El Hospital' se obliga a prestar a 'El Paciente' los siguientes	servicios Hospitalarios:
habitacion, quirofano, medicamentos, servicios de enfermeria y dieta prescri	ita por el médico que le
atienda.	
SEGUNDA 'El Paciente' se obliga a pagar a 'El Hospital' el importe tota	al de los servicios antes
mencionados, incluyendo los derivados de Rayos X, Laboratorio, Medicinas,	Material de Curación, y
demás servicios y/o material que sean respectivamente solicitados por el n	nédico de "El Paciente',
gastos que se cargaran en la cuenta respectiva de acuerdo a los siguiente proce	dimientos:
a) 'El Paciente' desde el momento mismo del ingreso podra entregar a 'El ho	spital' un anticipo sobre
el monto del costo de los servicios que se estimen van a proporcionarle:	
b) 'El Hospital' si la estancia se prolonga, semanalmente presentará cuenta	parcial a esa fecha que
deberá ser liquidada en ese momento.	
c) 'El Paciente' al darse de alta, le será presentada por la administración de	e 'El Hospital' la factura
total, la cual deberá ser liquidada en ese acto.	
d) En caso de que 'El Paciente' liquidara su cuenta mediante la suscripción de	el pagaré inserto al final

del presente, previa autorización por la Administración de la institución, será extendido a favor de El Hospital' con la leyenda 'NO NEGOCIABLE'. TERCERA: 'El Paciente' entrega en este acto a 'El Hospital' en calidad de anticipo la cantidad de: \$ Esta cantidad será aplicada a cuenta del precio total y si al hacerlo resultare un remanente a favor del primero, le será reintegrado en efectivo al momento de darse de alta CUARTA.- 'El Paciente' se dará de alta por indicación y autorización médica y/o solicitud voluntaria del 'El Paciente' o de su representante legal y por defunción. QUINTA.- 'El Paciente' se obliga a cumplir con el reglamento interno y demás disposiciones de 'El Hospital' y como esta es una institucion abierto al cuerpo médico lo releva de responsabilidad médica SEXTA.- 'El Paciente' autoriza al Dr José Gabino \_ y a sus colaboradores para que prescriban, lleven a cabo tratamiento médico que requiera en la atención de su persona, así como la administración de medicamentos y anestésicos prescritos. SEPTIMA.- 'El Hospital' se obliga a respetar los precios de los medicamentos e insumos que sean suministrados al paciente, los cuales no deberán ser mayores al precio máximo de venta al público indicados en la presentación de estos productos. Asimismo el prestador del servicio se obliga a entregar al momento de que el paciente egrese del 'El Hospital' los medicamentos o insumos no consumidos OCTAVA.- 'El Hospital' no se hace responsable de ningún valor o dinero del usuario que no sea NOVENA.- Ambas partes convienen en que en caso de que 'El Paciente' esté incapacitado para firmar rrato, hará en su nombre y representación la persona denominada en el presente contrato y co Familiar Responsable o Representante Legal y será quien se responsabilice de manera solidaria en el DÉCIMA.- El lugar de donde serán prestados los servicios médicos hospitalarios serán en las nes de 'El Hospital' ubicadas en Ramón Corona Np. 55 Atemajac del Valle, Zapop DECIMA PRIMERA.- 'El Paciente' para hacer uso de los servicios que presta 'El Hospital' deberá cubrir con los siguientes requisitos a) Proporcionar la información a DATOS GENERALES DE ADMISIÓN. b) Darse por enterado de los aspectos principales del reglamento Interno del Hospital que le serán proporcionados mediante la entrega de un folleto adicional al presente contrato. c) Dar su conformidad respecto de la categoría, tipo y costo de los servicios de atención médica que previamente le fueron presentados mediante el Catálogo de Servicios y Precios. d) A firmar el presnete contrato o en su defecto su familiar responsable o representante legal DÉCIMA SEGUNDA.- Para la aplicación o suministro a 'El Paciente' de medicamentos, de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento e insumos se observará el siguiente procedimiento a) deberá recabarse invariablemente la autorización e indicaciones de:

> REA PEDERAL DEL COMSUMEDOR RECEPTRO PUBLICO DE CONTRATOS DE ADMISSOS Controls novelesis a langity sen at No. 35905

> > Hapadistry No. 410/ 575-56 crubre 22 de 1999

FOLIS OTTLES POR LADO DEBIDAMENTE COTESADAS CON EL ORIGINA QU OBRA EN EL EXPEDIENTE, POLIADAS Y SELLAD

DÉCIMA TERCERA.- Para efectos de proporcionar el tratamiento médico de intervención quirúrgic a) Le será proporcionado a 'El Paciente' o en su defecto a su familiar responsable o a su repres legal en forma separada una Hoja de Consentimiento Quirúrgico que deberá ser requisitado por la DÉCIMA CUARTA.- Para efectos de la atención de cualquier reclamación por parte de 'El Paciente o del familiar responsable o de su representante legal, 'El Hospital' cuenta con el personal que le atenderá en la ventanilla de la administración de la institución en donde se hará del conocimiento de ellos el nombre de cada encargado de turno. DÉCIMA QUINTA.- Para la interpretación y cumplimiento del presente contrato LAS PARTES se someten a la competencia de la PROCURADURÍA FEDERAL DEL CONSUMIDOR LEÍDO QUE EL PRESENTE CONTRATO POR QUIEN EN EL INTERVIENEN Y CONOCEDORES DE SU CONTINUIDAD LO SUSCRIBEN EN ORIGINAL Y COPIA EN LA CIUDAD DE GUADALAJARA, JALISCO A LOS DÍAS DEL MES DE DEL AÑO 'EI HOSPITAL' 'EL PACIENTE' FAMILIAR RESPONSABLE REPRESENTANTE LEGAL

la.- El médico de 'El Paciente' designado por el mismo o

2a.- En ausencia del primero o de carencia de sus indicaciones por el médico residente en turno



#### RAMÓN CORONA NO. 55 ATEMAJAC DEL VALLE ZAPOPAN JALISCO

#### -AVISO DE PRIVACIDAD-

## RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

HOSPITAL DEL VALLE DE ATEMAJAC S.A. DE C.V. ('Hospital del Valle de Atemajac') con domicilio en Ramón Corona # 55 Colonia Atemajac del Valle, Zapopan Jalisco México CP 44510, es responsable de tratamiento de sus datos personales conforme a este aviso de privacidad.

#### FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES

Los Datos Personales en posesión de Hospital del Valle de Atemajac serán utilizados para:

- -Prestación de servicios médico-hospitalarios, incluyendo sin limitar hospitalización, cirugía, estudios diagnósticos, atención de enfermería, servicios farmaceúticos, análisis de laboratorio, radiología e imagen, estudios y análisis patológicos, terapia, rehabilitación, dieta y nutrición y demás fines relacionados con servicios de salud.
- -Creación, estudio, análisis, actualización, y conservación del expediente clínico.
- -Facturación y cobranza por servicios.
- -Estudios, registros, estadísticas y análisis de información de salud.
- -Conservación de registros para seguimiento a servicios, prestación de servicios en el futuro y en general para dar seguimiento a cualquier relación contractual.
- -Análisis estadístico y de mercado.
- -Promoción y mercadeo de productos y servicios de Hospital del Valle de Atemajac.

## **DATOS SENSIBLES**

Hospital del Valle de Atemajac recabará y tratará datos sensibles, relacionados con el estado de salud, antecedentes e historial clínico, información sobre modo de vida y otros datos necesarios o convenientes para los fines arriba señalados. Los datos personales sensibles serán mantenidos y tratados con estricta seguridad y confidencialidad para fines relacionados con la prestación de servicios de salud y conforme a este aviso de privacidad y la legislación, reglamentos y normativa aplicable.

## **TRANSFERENCIA**

Para la prestación de servicios Hospital del Valle de Atemajac puede transferir dentro y fuera del país, los datos personales en su posesión a terceros subcontratados para fines relacionados con los señalados en este aviso de privacidad. Dentro de los terceros a los que se transferirán dichos datos se incluyen sin limitar laboratorios, hospitales, centros de investigación, aseguradoras, así como a autoridades que considere necesario o conveniente comunicar datos personales.

#### LIMITACION DE USO Y DIVUI GACIÓN DE DATOS PERSONALES

Para limitar el uso de sus datos personales, favor de enviar un correo electrónico a contacto@hva.mx o notificación por escrito a Ramón Corona # 55 Colonia Atejamac del Valle, Zapopan Jalisco México CP 44510 dirigida al Departamento de Administración en el que señale la limitación al uso de sus datos deseada.

## MEDIOS PARA EJERCER DERECHOS ARCO (ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN)

Para tener acceso a los datos personales que Hospital del Valle de Atemajac posee, así como para rectificarlos en caso de que éstos sean inexactos o incompletos, o para cancelarlos u oponerse a su tratamiento para ciertos fines, favor de presentar una solicitud por escrito dirigida a nuestro departamento de Administración en contacto@hva.mx o notificación por escrito a

Ramón Corona # 55 Colonia Atejamac del Valle, Zapopan Jalisco México CP 44510 de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs. que contenga la siguiente información:

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 se pretende ejercer algún derecho

Cualquier otro elemento que permita la localización de los datos personales y atención a la solicitud.

## MEDIOS PARA REVOCAR CONSENTIMIENTO

En cualquier momento puede solicitar la revocación del consentimiento otorgado a Hospital del Valle de Atemajac para tratar sus datos personales enviando una solicitud por escrito dirigida al Departamento de Administración a contacto@hva.mx o enviando una notificación por escrito a Ramón Corona # 55 Colonia Atejamac del Valle, Zapopan Jalisco México CP 44510 de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs. en la que se detalle claramente los datos respecto de los que se revoca su consentimiento.

## NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD

El presente Aviso de Privacidad podrá ser modificado en cualquier momento para cumplir con actualizaciones legislativas, jurisprudenciales, políticas internas, nuevos requisitos para la prestación de servicios de Hospital del Valle de Atemajac o cualquier otra causa a entera discreción de Hospital del Valle de Atemajac. En tal caso, las modificaciones estarán disponibles en nuestra página de internet://www.hva.mx

Enterad	do del contenido del presente Aviso de	privacidad, consiento que mis datos personales sean tratados conforme a los
término	s y condiciones que se desprenden del	presente documento.
Nombre	e: eje ej ej	Firma:
Yo:	eje ej ej	No consiento que mis datos sean transferidos en los términos del presente
aviso d	e privacidad.	_
Firma:_		
En cas	o de obtener datos de Menores de Edad	o Personas Legalmente Incapacitadas:
Nombre	e del titular de los datos personales:	
Nombre	e y Firma del Padre, Madre, Tutor o Rep	resentante Legal:

Zapopan, Jalisco, México a 13 días del mes de agosto del año 2015



RAMÓN CORONA NO. 55 TELS.: 3853-1041, 3853-1048, 3853-1064, 3853-1074

ATEMAJAC DEL VALLE, ZAPOPAN, JALISCO R.F.C. HVA-890913-1LO

HOJA DE ADMISIÓN

NO PACIENTE:	6			CUARTO: <u>Cua</u>	rto 11	CAMA:
NOMBRE:	eje ej ej				EDAD: <u>0</u>	
TELEFONO.:					SEXO: _N	1asculino
DOMICILIO:	dd			EST	ADO CIVIL: S	soltero(a)
COLONIA:	_33				CUPACIÓN: _d	fsd
CIUDAD:	_333					
ESTADO:	Campeche					
MADRE:	fsdf		RES	PONSABLE: dfsd		
PADRE:	df			TEL. RESP.: <u>333</u>		
CONYUGE:	fdsf					
			PARA USO EXCL	USIVO DEL HOSPITA	AL	
FECHA DE	SALIDA:			DRA DE ADMISIÓN: HORA DE SALIDA:		
DIAGNOSTIC		OR: <u>José Gabin</u>				
OBSERVACIO	ONES:					
médica o qui laboratorio o riesgo del ac	irúrgica, que el Rayos X que cto Quirúrgico	llos juzguen conve amerite. Estoy en tanto dn el Trans	enientes para recol terado de los rieso como en el Post-	orar mi salud, así com gos inherentes a los r	no para que se medicamentos el anestésico.	, para que se de me la atenciór me practiquen los exámenes de que se administren, así como e En pleno uso de mis facultades
	FIRMA DEL	. PACIENTE:			FIRMA	A DEL DOCTOR:



RAMÓN CORONA NO. 55 TELS.: 3853-1041, 3853-1048, 3853-1064, 3853-1074
ATEMAJAC DEL VALLE, ZAPOPAN, JALISCO
R.F.C. HVA-890913-1LO

Zapopan, Jalisco a 14-08-2015

## PAGARÉ

Por medio del presente pagaré, el suscrito(a)			
ncondicionalmente el día			
domicilio ubicado en CALLE RAMÓN CORONA NU	JMERO 55, COLON	IIA ATEMAJAC DEL VALLE, ZAPOPAN, JALI	SCO, la cantidad
de		M.N., por el valor de los servicios médicos	s y hospitalarios
recibidos a mi entera satisfacción.			
Si no fuere puntualmente cubierto a su vencim	iento la totalidad d	lel importe que debo pagar al HOSPITAL	DEL VALLE DE
ATEMAJAC S.A. DE C.V., conforme a este pa	garé, los suscritos	prometemos pagar incondicionalmente un	interés mensua
moratorio equivalente a la tasa que publique mens	ualmente el Banco	de México por concepto de Certificados de Te	esorería (CETES)
con vencimiento a 28 (veintiocho) días, más 5 (cin	co) puntos aplicand	o adicionalmente a la cantidad que resulte el	1.5% (uno punto
cinco por ciento), hasta la total liquidación del adeu	do.		
Nombre del Suscrito: <u>eje ej ej</u>			
Domicilio: dd			
Quien cuenta con facultades suficientes para suscr	ibir el presente título	por su propio derecho.	
El suscriptor conviene en hacer todos los pagos re	especto del principa	Il e intereses ordinarios y moratorios de este	PAGARÉ, libres
exentos y sin deducción alguna por concepto o a o	cuenta de cualquier	impuesto, contribución, tributo, deducción, ca	rga o retención o
cualquier otra responsabilidad fiscal que grave dich	as cantidades en la	actualidad o en lo futuro, pagadera en cualqu	ier jurisdicción.
Así mismo, el suscrito <u>eje ej ej</u>		, por medio del presente pagaré, ac	epto constituirme
como aval del señor(a)	, por lo qu	e reconozco y prometo que pagaré incondici	onalmente el día
, a la orden del	HOSPITAL DEL VA	LLE DE ATEMAJAC, S.A. de C.V. en la ciu	dad de Zapopan
Jalisco, la cantidad de		M.N., por el valor de los servicios médico	s y hospitalarios
recibidos a su entera satisfacción en caso de que c	licha persona no rea	alice el pago.	
Nombre del aval:			
Dirección:			
Población:			
Para todo lo relativo a la interpretación y cumplimio	ento de este PAGAI	RÉ, los suscriptores señalan y se someten e	xpresamente a la
urisdicción y competencia de los Juzgados y Tribu	nales del Primer Pa	rtido Judicial del Estado de Jalisco con reside	encia en la ciudad
de Zapopan, Jalisco, renunciando clara y termin	antemente a cualq	uier otro fuero que pudiere corresponderle	por razón de su
domicilio presente o futuro.			
El presente PAGARÉ consta de una p	ágina y se su	scribe en la ciudad de Zapopan, 、	Jalisco, el día
14-08-2015			
eje ej ej			-
DEUDOR		AVAL	-