



## 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

Nombre: eje ej ej  
Edad: 0 Sexo: Masculino Estado Civil: Soltero(a) Tel.:  
Dirección: dd  
Dirección del lugar de procedencia: dd  
Nombre del Cónyuge: fdfs  
Nombre del Padre: df  
Nombre de la Madre: fsdf  
Lugar donde trabaja:  
En caso de emergencia avisar a: dfsd  
Nombre del médico: José Gabino Juárez Guzmán  
Observaciones:

### LO SIGUIENTE PERTENECE Y ES PARTE DEL CONTRATO DE SERVICIOS DESCRITOS AL REVERSO DEL PRESENTE

'EL USUARIO' de los servicios cuyos datos generales aparecen en los DATOS GENERALES DE ADMISIÓN al inicio de la presente y/o su familiar responsable y/o su representante legal de nombre manifiesta(n) su voluntad de contratar y servir los servicios de atención médica que proporciona 'EL HOSPITAL' a 'EL USUARIO' autoriza a Dr. José Gabino Juárez Guzmán 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 anestésico prescritos. Ambas partes convienen en que en caso de que 'EL USUARIO' esté capacitado para firmar el contrato, lo hará en su nombre y representación la persona denominada en el presente contrato como Familiar Responsable o Representante Legal y será quien se responsabilice de manera solidaria en el cumplimiento de las obligaciones y autorizaciones anteriormente establecidas.

### ESTANDO DE ACUERDO CON EL CONTRATO

EL HOSPITAL

EL PACIENTE

FAMILIAR RESPONSABLE

REPRESENTANTE LEGAL

Fecha 13 de agosto de 2015





## HOSPITAL DEL VALLE DE ATEMAJAC S.A. DE C.V.

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 farmacéuticos, 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 DIVULGACIÓN DE DATOS PERSONALES

Para limitar el uso de sus datos personales, favor de enviar un correo electrónico a [contacto@hva.mx](mailto: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](mailto: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](mailto: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](http://www.hva.mx)

Enterado del contenido del presente Aviso de privacidad, consiento que mis datos personales sean tratados conforme a los términos y condiciones que se desprenden del presente documento.

Nombre: eje ej ej

Firma: \_\_\_\_\_

Yo: eje ej ej

No consiento que mis datos sean transferidos en los términos del presente  
aviso de privacidad.

Firma: \_\_\_\_\_

En caso de obtener datos de Menores de Edad o Personas Legalmente Incapacitadas:

Nombre del titular de los datos personales: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: \_\_\_\_\_

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



## 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

HOJA DE ADMISIÓN

NO PACIENTE: 6 CUARTO: Cuarto 11 CAMA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: eje ej ej EDAD: 0  
TELEFONO.: \_\_\_\_\_ SEXO: Masculino  
DOMICILIO: dd ESTADO CIVIL: Soltero(a)  
COLONIA: 33 OCUPACIÓN: dfsd  
CIUDAD: 333  
ESTADO: Campeche  
  
MADRE: fsdf RESPONSABLE: dfsd  
PADRE: df TEL. RESP.: 333  
CONYUGE: fsdf

### PARA USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL

FECHA DE ADMISIÓN: 14-08-2015 HORA DE ADMISIÓN: 21:14:42  
FECHA DE SALIDA: \_\_\_\_\_ HORA DE SALIDA: \_\_\_\_\_  
ANTICIPO: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO DE ADMISIÓN: \_\_\_\_\_  
DOCTOR: José Gabino Juárez Guzmán

### OBSERVACIONES:

Por medio de la presente, autorizo a los médicos del Hospital del Valle de Atemajac, S.A. de C.V., para que se de me la atención médica o quirúrgica, que ellos juzguen convenientes para recobrar mi salud, así como para que se me practiquen los exámenes de laboratorio o Rayos X que amerite. Estoy enterado de los riesgos inherentes a los medicamentos que se administren, así como el riesgo del acto Quirúrgico tanto en el Trans como en el Post-Operatorio, así como el anestésico. En pleno uso de mis facultades acepto y doy autorización y no serán responsables del resultado, cualquiera que este sea.

FIRMA DEL PACIENTE:

FIRMA DEL DOCTOR:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## 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

Zapopan, Jalisco a 14-08-2015

### PAGARÉ

Por medio del presente pagaré, el suscrito(a) eje ej ej, reconozco que debo y prometo que pagaré incondicionalmente el día \_\_\_\_\_, a la orden del HOSPITAL DEL VALLE DE ATEMAJAC, S.A. de C.V. en el domicilio ubicado en CALLE RAMÓN CORONA NUMERO 55, COLONIA ATEMAJAC DEL VALLE, ZAPOPAN, JALISCO, la cantidad de \_\_\_\_\_ M.N., por el valor de los servicios médicos y hospitalarios recibidos a mi entera satisfacción.

Si no fuere puntualmente cubierto a su vencimiento la totalidad del importe que debo pagar al HOSPITAL DEL VALLE DE ATEMAJAC S.A. DE C.V., conforme a este pagaré, los suscritos prometemos pagar incondicionalmente un interés mensual moratorio equivalente a la tasa que publique mensualmente el Banco de México por concepto de Certificados de Tesorería (CETES) con vencimiento a 28 (veintiocho) días, más 5 (cinco) puntos aplicando adicionalmente a la cantidad que resulte el 1.5% (uno punto cinco por ciento), hasta la total liquidación del adeudo.

Nombre del Suscrito: eje ej ej

Domicilio: dd

Quien cuenta con facultades suficientes para suscribir el presente título por su propio derecho.

El suscriptor conviene en hacer todos los pagos respecto del principal e intereses ordinarios y moratorios de este PAGARÉ, libres, exentos y sin deducción alguna por concepto o a cuenta de cualquier impuesto, contribución, tributo, deducción, carga o retención o cualquier otra responsabilidad fiscal que grave dichas cantidades en la actualidad o en lo futuro, pagadera en cualquier jurisdicción.

Así mismo, el suscrito eje ej ej, por medio del presente pagaré, acepto constituirme como aval del señor(a) \_\_\_\_\_, por lo que reconozco y prometo que pagaré incondicionalmente el día \_\_\_\_\_, a la orden del HOSPITAL DEL VALLE DE ATEMAJAC, S.A. de C.V. en la ciudad de Zapopan, Jalisco, la cantidad de \_\_\_\_\_ M.N., por el valor de los servicios médicos y hospitalarios recibidos a su entera satisfacción en caso de que dicha persona no realice el pago.

Nombre del aval: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_

Para todo lo relativo a la interpretación y cumplimiento de este PAGARÉ, los suscriptores señalan y se someten expresamente a la jurisdicción y competencia de los Juzgados y Tribunales del Primer Partido Judicial del Estado de Jalisco con residencia en la ciudad de Zapopan, Jalisco, renunciando clara y terminantemente a cualquier otro fuero que pudiese corresponderle por razón de su domicilio presente o futuro.

El presente PAGARÉ consta de una página y se suscribe en la ciudad de Zapopan, Jalisco, el día 14-08-2015

\_\_\_\_\_  
eje ej ej  
DEUDOR

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
AVAL