**CONSENTIMIENTO DE CONFIDENCIALIDAD**

Santiago Undameo, Morelia; Michoacán a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

Por este conducto se extiende el compromiso y obligación de confidencialidad con respecto del las acciones y modalidades de tratamiento de la información y documentación que la Clínica recopile sobre usted como fotos de su imagen personal, su voz, imágenes asociadas con sensación de movimiento con o sin sonido incorporado, videogramas, fonogramas, así como la fijación en cualquier soporte material de sus datos e información personales y/o sensible; siendo que podrá ejercer sus derechos de Acceso, rectificación, oposición o cancelación de su información personal; así como los procedimientos a seguir en caso de que usted tenga alguna duda o queja para comunicarse a esta Clínica.

Así también se hace manifiesta la obligatoriedad que por disposición expresa de la normatividad aplicable protegeremos la confidencialidad de la información que la Clínica custodia, respetando y tutelando plenamente sus derechos humanos y derechos de la personalidad, siendo que éstos son entendidos como los bienes constituidos por determinadas proyecciones, físicas o psíquicas del ser humano, relativas a su integridad física y mental, que las atribuye para sí o para algunos sujetos de derecho, y que son individualizadas por el ordenamiento jurídico. Adicionalmente se ratifica el compromiso de proteger su derecho a la vida privada e intima el cual materializa al momento que se protege del conocimiento ajeno a la familia, domicilio, papeles o posesiones y todas aquellas conductas que se llevan a efecto en lugares no abiertos al público, cuando no son de interés público o no se han difundido por el titular del derecho y no están destinados al conocimiento de terceros o a su divulgación.

En caso de cualquier caso de modificación o cambio significativo que se realice al presente documento se le comunicará por escrito.

En razón de lo antes expuesto el suscrito C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ manifiesto que he recibido y aceptado el presente consentimiento de confidencialidad, mismo que firmo de manera libre y voluntaria en las instalaciones de la Clínica ubicada en la carretera Santiago Undameo número cuatro, en la Tenencia de Santiago Undameo de la Autopista Morelia-Pátzcuaro, perteneciente al Municipio de Morelia, Michoacán.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE