



¡Hola queridos padres y/o tutores!

Me emociona mucho tener la oportunidad de colaborar con ustedes en el bienestar emocional y mental de su adolescente. Como primer paso en este proceso, les pido que tomen unos minutos para llenar este formulario, así como revisar el Aviso de Privacidad y los Principios que guían la atención médica brindada por el Dr. Alejandro Contreras.

¿Por qué es importante este formulario? Bueno, no es sólo una lista de preguntas. Es una forma efectiva de acercarnos al universo único que es su hijo. Nos permite conocer más allá de los síntomas, el entorno completo en el que se desenvuelve, lo cual es crucial para diseñar el plan de tratamiento adecuado, sobre todo cuando se trata de un adolescente.

De hecho de ser posible, le invito a llenar este formulario en compañía del paciente, ya que el o ella será el paciente y aunque aún no es un adulto, sabemos que ya entiende lo que le ocurre, por lo que saber de primera mano lo que le molesta es muy importante para mí.

Así que, por favor, siéntanse cómodos al llenar el formulario; está diseñado para ser el inicio de una conversación abierta y productiva.

¡Nos vemos pronto!

Con todo respeto y agradecimiento,

Dr. Alejandro Contreras

Datos generales y de contacto

Nombre completo del MENOR de edad *

Nombre

Apellidos

Edad *

Sexo *

Estado civil *

Fecha de nacimiento del MENOR *

Day

Month

Year

Numero celular de contacto *

Lada

Numero

E-mail de contacto *

ejemplo@ejemplo.com

Grado escolar *

Último grado de estudios o grado que cursa actualmente

¿Asiste a algun tipo de escuela especial? *

SI

NO

¿El/la adolescente acude por deseo propio? *

SI

NO

De no venir por deseo propio, ¿El/la adolescente sabe que acude a una valoración psiquiátrica?:

SI

NO

Escuela a la que asiste:

Si asiste a escuela especial, escriba el motivo por el que está ahí, a continuación

¿Si el MENOR tiene hermanos, podria por favor mencionarlos?

Solo sexo y edad (P.e. M12, F8)

Dirección *

Colonia

Ciudad

Religión de la familia *

Nombre de la MADRE *

First Name

Last Name

Fecha de nac MADRE *

Day Month Year

Ead de la MADRE

Escolaridad de la MADRE

Ocupación de la MADRE

Familia Nuclear *

Con quién vive o quien es su principal red de apoyo

Nombre del PADRE *

First Name

Last Name

Fecha de nac PADRE *

Day Month Year

Ead del PADRE

Escolaridad del PADRE

Ocupación del PADRE

Estado civil *

¿Por qué medio encontró el consultorio del Dr. Contreras? *

Quien le envió, o como se enteró del Dr. Contreras

SITUACIÓN ACTUAL

Motivo de la consulta

A continuación se harán preguntas relacionadas al motivo por el cual solicita atención psiquiátrica en esta ocasión

¿Cuáles diría, COMO PADRES, que son sus principales preocupaciones de su hijo o menor de edad? *

Escriba síntomas (P.e. desanimo, cansancio, insomnio, ansiedad etc.)

En pocas palabras describa que es lo que espera recibir de la atención psiquiátrica para su hijo o

menor de edad

Escriba intención de la visita (P.e. medicamento, seguimiento, psicoterapia etc)

¿Ha tenido de alguna de las siguientes molestias en los últimos 6 meses?

Irritabilidad

Aislamiento

Autolesiones

Ansiedad

Conductas agresivas

Conductas inapropiadas

Sensación de falta de aire

Dolor de estomago

Dolor de cabeza

Insomnio

Evaluación del sueño

A continuación se harán preguntas en relación a la forma de dormir del menor

Si fué enviado por otro médico o psicólogo por favor indique quien lo envió a continuación

Escriba el nombre del profesional

Si conoce el motivo por el cual fue enviado, por favor, anotelo a continuación

Escriba lo que le dijo el profesional antes de enviarle aquí

Este formulario es completado por:

Es llenado por el paciente/adolescente o quien llena el formulario y que relación tiene con el adolescente

Seleccione la que mejor describa su situación actual de sueño del menor *

Duerme bien, no veo dificultades

Tiene problemas para quedarse dormido

Se duerme muy tarde, casi en la madrugada y se levanta muy tarde en la mañana

Aunque se duerme temprano, frecuentemente se despierta por las noches
Se despierta por la madrugada y no se puede volver a dormir
Duerme más de 10 horas por la noche y en el día otro tiempo más

Ejercicio y actividad física

¿Realiza el menor algún deporte o actividad física con regularidad? *

SI
NO

Si es afirmativo, seleccione la afirmación que describa mejor la actividad del menor; durante el último año:

Practica deporte más de 4 veces por semana (P.e. Fútbol, basquet o algún otro tipo de deporte individual o de equipo)
Realiza actividades físicas leves más de 4 veces por semana (P.e. ir al parque a correr, jugar en la calle con pares, salir a pasear o caminar)
Hace alguna actividad o deporte pero MENOS de 4 veces por semana
Ocasionalmente llega a realizar alguna actividad física
Casi no hace ejercicio ni actividad física, prefiere actividades sedentarias

¿Que comenta el ADOLESCENTE, que son sus principales preocupaciones en cuanto su situación mental? *

Escriba síntomas (P.e. desánimo, cansancio, insomnio, ansiedad etc.)

Antecedentes médicos

A continuación se harán preguntas en relación a los antecedentes de salud mental y general del menor o adolescente

¿Alguna vez ha recibido tratamiento por trastornos de salud mental? *

SI
NO

¿Esta llevando tratamiento en la actualidad? *

SI

¿Está tomando o ha tomado algún medicamento para el tratamiento de problemas emocionales?

SI
NO

¿Está tomando algún medicamento SIN prescripción médica, hierbas y/o vitaminas?

SI
NO

Si la respuesta es SI a cualquiera de las anteriores, Indique que medicamentos está tomando y desde cuando los toma por favor:

Anote nombre del medicamento o suplemento, dosis y tiempo de uso

Seleccione si alguna vez a sido diagnosticado o en sospecha de tener cualquier de los siguientes: *

Diabetes tipo 1	Convulsiones/epilepsia
Enfermedad cardiaca	Cáncer
Enfermedad tiroidea	Anemia
Asma	Enfermedad renal
Enfermedades de la piel	Problemas de audición
Problemas visuales	Ninguno de los anteriores
Padecimientos congénitos	Other

ANTECEDENTES

Antecedentes conductuales

A continuación se harán preguntas al respecto de la conducta del menor.

¿El adolescente a bebido o bebe alcohol en la actualidad (aunque sea unos sorbos)? *

SI
NO

En caso afirmativo, indique a su entender, o si el adolescente lo ha dicho, ¿desde cuándo y en qué cantidad consume alcohol?

¿El menor consume o ha consumido marihuana en cualquiera de sus presentaciones? *

SI

NO

En caso afirmativo, indique a su entender, o si el adolescente lo ha dicho, ¿desde cuándo y en que presentación ha consumido marihuana o cannabis?

¿El menor ha llegado a consumir alguna otra sustancia ilícita (drogas)? *

SI

NO

En caso afirmativo, indique a su entender, o si el adolescente lo ha dicho, ¿desde cuándo y en que tipo de sustancias ha consumido?

¿El menor o adolescente ha presentado alguna o varias de las siguientes conductas, en el ÚLTIMO AÑO? *

Comportamiento agresivo o cruel hacia personas o animales

Múltiples inasistencias a clases o ausentismo escolar

Arrebatos de mal genio que pueden llegar a violencia

Conductas erráticas o cambios repentinos en su comportamiento

Desafío constante a la autoridad (en la escuela o en casa)

Se aísla de todas las personas o muy poca socialización

NINGUNA DE LAS ANTERIORES. En general no tiene problemas de comportamiento

Other

Otros antecedentes de relevancia

A continuación se harán preguntas generales de importancia para psiquiatría

Si su respuesta es afirmativa, que tipo de tratamiento recibió

Medicamentos

Psicoterapia

Hospitalización

Other

En relación al estrés, seleccione la afirmación o afirmaciones que mejor describa la situación ACTUAL del menor o adolescente: *

El menor NO vive situaciones de estrés

El menor se enfrenta a situaciones estresantes en el hogar o la escuela, pero NO creo que le afecten

Las situaciones de estrés que vive el menor cotidianamente están afectando su comportamiento

Existe estrés que es principalmente ocasionado enfermedades y molestias físicas.

El menor faltado a la escuela o ha dejado de hacer sus actividades por circunstancias relacionadas con el estrés o por enfermedad de cualquier tipo

El menor ha sido ya evaluado por circunstancias de estrés o conductas en la escuela y se ha referido a valoración a otro lugar

Principios que rigen la atención médica

Dr. Alejandro Contreras Contreras Médico Psiquiatra

Estoy comprometido en ofrecerte una atención médica de alta calidad, y parte de ese compromiso incluye asegurarnos de que ambos entendamos las expectativas y límites de nuestra relación profesional. Considero que un buen tratamiento no sólo se basa en mi experiencia y conocimiento, sino también en la confianza y el apoyo mutuo que podamos desarrollar.

Si has estado en seguimiento conmigo, sabes que me esfuerzo por estar al tanto de tus necesidades, incluso fuera de nuestro espacio de consulta. Establecer pautas claras es en realidad una forma de mejorar la estructura de nuestro proceso terapéutico, optimizando así el tiempo y los recursos para lograr los mejores resultados posibles para tu bienestar.

Las directrices que encontrarás a continuación tienen como objetivo principal tu bienestar. Al comprender y respetar estas pautas, nos aseguramos de minimizar cualquier posible malentendido y mejorar la eficacia de nuestro trabajo conjunto.

Dr. Alejandro Contreras C

Al final **deberá firmar** que comprendió y está de acuerdo con los principios aquí explicados.

1. Consulta Externa

- Las citas se solicitan vía telefónica al teléfono 6622123518 o vía WA al 6624197570. Son las únicas vías válidas para agendar una cita.
- En cuanto a la asistencia. Debido a las citas programadas o agendadas para el día y con el propósito de no afectar la calidad de la atención brindada, es necesario la puntualidad; por lo anterior, es importante hacer mención que, si el paciente subsecuente llega con más de 10 minutos de retraso, y el paciente por primera vez se presenta después de 15 minutos, será imposible atenderlo y se considerará como inasistencia.
- En el caso de que entre una consulta y otra haya transcurrido un año o más de tiempo, se considerará paciente de primera vez.
- El médico tiene derecho a decidir NO atender o dar seguimiento a un paciente por razones como, pero no limitado a; falta de seguimiento de indicaciones e instrucciones reiteradamente, pérdida de la confianza en la relación médico-paciente, cuando se considere que existe manipulación en la información para un fin secundario por parte del paciente, cuando se considere que existe riesgo de violencia hacia el médico, involucramiento de manera no expresa o indirecta en caso legal, considerar que no se tiene el expertise necesario para atender el caso, entre otros.

2. Pago del servicio

- Pacientes de primera vez:** como parte de la confirmación a su cita, se requiere un depósito del 100% del valor de la consulta, vía transferencia bancaria con la leyenda "Deposito para cita de primera vez de [nombre de paciente]" máximo 24 horas antes de la cita (no reembolsable en caso de falta o retraso); el resto vía transferencia, tarjeta bancaria o efectivo, por lo que se le sugiere cancelar y reagendar sin cargos con un máximo de 24 horas de anticipación.
- Consultas subsecuentes:** Como parte de la confirmación a su cita, se requiere un depósito del 50% del valor de la consulta, vía transferencia bancaria con la leyenda "Deposito para cita de subsecuente de [nombre de paciente]" máximo 24 horas antes de la cita (no reembolsable en caso de falta o retraso); el resto vía transferencia, tarjeta bancaria o efectivo, por lo que se le sugiere cancelar y reagendar sin cargos con un máximo de 24 horas de anticipación. el servicio es cubierto posterior a la

consulta, ya sea en efectivo, tarjeta bancaria o transferencia electrónica; salvo en caso de falta o retraso recurrente y solicite reagendar, se requerirá el depósito del 100% o el total del valor de la consulta, según sea el caso. Si el reagendamiento dan un acumulado de tres, perderá su depósito.

- **Citas en horarios fuera de horario regular** o citas de urgencia: En caso de citas que se soliciten con urgencia a petición del paciente, en horarios diferentes a lunes a viernes de 9:00 a 13:00 hrs y de 16:30 a 19:00 hrs, en caso de ser posible y a disponibilidad del Dr Contreras tendrán un sobreprecio por encima de la tarifa regular de 90% cuando se agende entre 24 a 48 hrs siguientes, y del 50% cuando se agende dentro de la proxima semana de la solicitud.
- Si usted va a cancelar o reagendar su cita, realícela con un máximo de 24 horas de anticipación; de lo contrario generara costo.

3. Certificados y Justificantes Médicos

- Los certificados o justificantes médicos resultado de la consulta, se solicitarán ahí mismo y se entregarán en el transcurso de la semana.
- Los certificados o justificantes médicos que se soliciten fuera de consulta, se tramitarán vía telefónica al 662212318 o WA 6624197570, especificando el motivo de la solicitud y el nombre del solicitante, con un costo del 25 % del valor de la consulta; en el entendido que queda a criterio del Médico la expedición del mismo.

4. Uso de WhatsApp de seguimiento.

- La atención médica por WhatsApp de seguimiento en el 6622250738 es solo para pacientes que se encuentran bajo **SEGUIMIENTO ACTIVO** posterior a su consulta.
- Las recomendaciones que se den bajo esta vía, serán consideradas como **provisionales**.
- Por este medio, y únicamente en **casos especiales** de seguimiento largo, en el que se conocen los antecedentes y fluctuaciones de la patología de índole crónica y grave; el médico podrá realizar cambios a las indicaciones que se dieron en la consulta regular.
- Para efectos de responder adecuadamente y tomar nota a sus dudas, deberá **utilizar texto** y describir de manera clara y detallada respecto a la inquietud.
- Con autorización del paciente también puede utilizarse el Whatsapp del seguimiento para:
 - Envío de resultados de estudios de gabinete o laboratorio, solicitados por el médico.
 - Recordatorio de citas programadas y confirmación de la misma.
 - Para cambios de la cita por causas de fuerza mayor.
 - Envío de literatura o documentos de tipo informativo y psicoeducativo sobre temas relacionados con la consulta o temas diversos de interés para el paciente.
- Los mensajes por Whatsapp serán respondidos durante la tarde entre 6 y 8 pm o por la mañana entre 8 y 9 am de lunes a viernes. Además de WhatsApp, se puede contactar al Dr. Contreras por correo electrónico a dralejandrocontreras@gmail.com o mediante su asistente en horarios de oficina al 662 212 3518 o al WA de recepción 6624197570

ADVERTENCIA.

La comunicación por Whatsapp **NO es apropiada para una emergencia médica**, de salud mental o de salud conductual. Para una emergencia médica, llame al 911 para obtener ayuda; si corresponde, llame a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio (800-911-2000); o si corresponde, comuníquese con la Línea de texto de crisis (<https://www.crisistextline.org/>) (envíe el texto con la palabra "AYUDA" por mensaje de texto (SMS) al 741-741 o en Whatsapp al +1 (443) 787-7678).

5. Confidencialidad y Privacidad.

- Se garantiza la **confidencialidad médica**, es decir se tomarán todas las medidas necesarias para proteger la información del paciente y no será difundida mas que con plena autorización del paciente.
- Cuando así lo indique una **autoridad legal**, o cuando esté en riesgo la integridad o vida del paciente o de terceros, como en los casos de intentos de suicidio; es probable que el médico informe a quien corresponda acerca de su situación de salud para salvaguardar la integridad y salud del paciente o de terceros.
- **NO** se darán **informes vía telefónica** o por medios distintos al presencial de ningún caso a familiares de pacientes mayores de edad, a excepción de permiso expreso y por escrito del paciente que por causa de fuerza mayor no pueda presentarse en el consultorio.
- En caso de **MENORES DE EDAD**, solo se dará información al padre, madre o tutor del paciente que se encuentre identificado y acreditado en el expediente médico.

6. Responsabilidades del Paciente.

- El paciente se compromete a decir la verdad, **NO omitir información** relevante, cumplir con las indicaciones dadas durante la consulta, dar seguimiento oportuno a sus citas, agendarlas con tiempo, e informar sobre su evolución.
- En caso de **emergencia**, el paciente deberá dirigirse al servicio hospitalario de urgencias más cercano

o a Hospital Cima Hermosillo, Hospital San Diego de Alcalá.

- El paciente firmará de conformidad este documento en el entendido que ha leído, comprendido y aceptado los principios que rigen la atención médica.

7. Precisiones respecto a la repetición de recetas controladas.

- Se solicitan en recepción con asistente/secretaria en horario de oficina, solo presentándose el paciente o familiar directo en caso de que el paciente no pueda ir personalmente.
- Las recetas controladas se extenderán solo a pacientes activos en seguimiento, sin costo, y no sobrepasarán la cantidad necesaria para cubrir el periodo entre consultas.
- Bajo ninguna circunstancia se emitirán recetas de medicamentos controlados o no controlados diferentes a los recetados en las consultas.
- No es responsabilidad del prescriptor la disponibilidad de medicamentos en farmacias.

8. Algunos conceptos importantes.

- Acto médico: Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.
- Paciente: a todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica.
- Licitud: El acto médico es legítimo cuando se realiza en apego a la ley, la lex artis ad hoc y se ha recabado en debida forma el consentimiento del paciente o su representante legal.
- Expediente clínico: Documento técnico médico y legal fundamental para la atención médica a los pacientes y de organización a los usuarios, ya que constituye un instrumento indispensable, como factor de calidad, que permite registrar sistemáticamente la información del proceso de atención médica, en donde se documenta la evolución clínica que refleja los distintos momentos y formas en que intervienen y participan profesionales de la salud, técnicos y auxiliares en la atención médica de un paciente.
- Falta: La no presentación del paciente en el día y hora acordada con antelación de la cita.
- Retraso: Llegada tarde de más de 10 minutos para pacientes subsecuentes y más de 15 minutos para pacientes de primera vez.
- Seguimiento Activo: Paciente en tratamiento farmacológico o vigilancia durante un periodo previamente establecido, desde el inicio de la atención hasta la fecha pactada de la siguiente cita subsecuente.
- Alta Médica: La autorización que da el médico para la reincorporación de un paciente a la vida ordinaria, sin necesidad de algún tipo de tratamiento farmacológico o seguimiento o vigilancia de cualquier tipo. Ósea la conclusión de la actividad terapéutica médica.
- Alta por abandono de tratamiento: Decisión del médico o del paciente del seguimiento psiquiátrico por falta de seguimiento de indicaciones u órdenes médicas de forma repetitiva en cuanto a toma de tratamiento o abandono de factores de riesgo, que implican la mala evolución y la perpetuación o empeoramiento de la enfermedad.

Entiendo y acepto las condiciones relacionadas con el servicio médico que ofrece el Dr. Alejandro Contreras. *

Acepto

NO acepto

Aviso de Privacidad

Dr. Alejandro Contreras Contreras Médico Psiquiatra

1 **Identidad y Domicilio** del Responsable **Alejandro Contreras Contreras**, (en adelante, el «Responsable» y/o su «Médico») dedicado a la prestación de servicios profesionales médicos de especialidad, con domicilio en Paseo Río San Miguel 49 Interior 215 Col. Proyecto Río Sonora, recaba sus datos personales, incluyendo los sensibles, como parte de una relación profesional y para efectos del cumplimiento de sus obligaciones, por lo que en respeto al derecho de toda persona a la privacidad y a la autodeterminación informativa, se pone a su disposición el presente Aviso de Privacidad. La captura y almacenamiento de sus datos personales se realiza por conducto de SOFTWARE MEDILINK, a través de las distintas plataformas y/o aplicaciones electrónicas que dicha empresa es propietario y/o administra, por lo que ésta se desempeña como encargado de sus datos personales, en términos de la legislación aplicable. Así, el responsable usará y custodiará dichos datos personales solamente de acuerdo a lo señalado en el presente aviso de privacidad, por lo que puede estar seguro de que los mismos NO serán utilizados para ningún otro fin que no sea lo que a continuación se manifiesta. La recolección, obtención, uso, almacenamiento, acceso, tratamiento y transferencia de datos

personales por parte del Médico se encuentran sujetos a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Al proporcionar información al Médico por cualquier medio (verbal o por escrito, ya sea por medios físicos o electrónicos), usted confirma que está de acuerdo con los términos de este Aviso de Privacidad. Si usted no estuviere de acuerdo con cualquier término del Aviso de Privacidad, por favor no proporcione dato personal alguno al Médico. Si decide no proporcionar al Médico ciertos datos personales, acepta la posibilidad de no tener acceso a los servicios que éste proporciona, sin que se genere responsabilidad alguna para este último.

2 Datos Personales que se Recaban: Este aviso de privacidad se pone a su disposición con el fin de ofrecerle el mejor servicio y atención, así como de dar cumplimiento a las disposiciones legales aplicables en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en adelante, «LFPDPPP»). Con el fin de prestarle nuestros servicios para la finalidad arriba descrita, podemos requerir de usted la siguiente información y documentación:

- Nombre del paciente y/o de quien lo representa;
- Firma del paciente y/o de quien lo representa;
- Identificación oficial;
- Información de facturación;
- Fotografía del paciente y/o de quien lo representa;
- Huella digital del paciente y/o de quien lo representa;
- Teléfono;
- Dirección;
- Dirección de correo electrónico;
- Nombre de contacto de emergencia;
- Información de seguros
- Datos Sensibles como: tipo de sangre, historial clínico (interrogatorio completo y exploración física completa), enfermedades, padecimientos, incapacidades, consumo de sustancias tóxicas, alergias, información genética, tratamientos médicos, estado de salud presente, cuestiones de carácter psicológico y/o psiquiátrico, mismos que recaba de forma personal cuando el titular solicita la prestación de los servicios del Médico.
- Información médica referida por otros médicos o instituciones médicas;
- Antecedentes de vacunación
- Antecedentes médico-familiares, personales patológicos, personales no patológicos
- Resultados de exámenes de laboratorio, análisis;

3 Para efectos de la LFPDPPP -y para facilitar el entendimiento de este aviso- definimos a continuación los siguientes términos: Responsable y/o Médico: Su médico(a) y cualquier empleado de éste(a); Titular: Es la persona física a quien corresponden los datos personales quien proporcionará los datos por sí, o a través de la persona que la representa;

4 Finalidades Primarias: Su médico(a) recaba sus datos personales para proteger, promover y recuperar la salud del titular de los datos, a fin de: (A) conocer su historial, antecedentes y/o cualesquiera condiciones médicas que permitan determinar la salud y estado Aviso de Privacidad físico del titular de los datos a fin de poderle prestar la atención médica y servicios más aptos para sus necesidades particulares; y (B) compartir con otros especialistas/instituciones médicos aquella información que sea necesaria para atender cualesquiera emergencias médicas; y/o (C) compartir con otros especialistas/instituciones médicos aquella información que sea necesaria para que usted reciba la atención médica y servicios más aptos para sus necesidades particulares. ¿Para qué usamos sus Datos Personales? Su médico(a) recaba y usa sus datos para complementar la finalidad primaria de:

- Confirmar su identidad;
- Elaborar un expediente de paciente que facilite a su médico(a) conocer detalladamente su historial y antecedentes médicos, así como cualesquiera condiciones particulares que se deban considerar al momento de realizar consultas, de emitir diagnósticos y/o pronósticos, de recomendar procedimientos y/o tratamientos y/o hospitalización y, en caso de ser necesario, de referir al paciente a otro especialista/institución médica;
- Solicitar la elaboración de estudios, análisis, así como la actualización y conservación de expedientes clínicos
- Notificarle sobre citas programadas y/o próximas;
- Facturación y cobranza por la prestación de los servicios médicos,
- Notificarle sobre el momento, frecuencia y cantidad en que debe tomar cualesquiera medicamentos que le sean recetados;
- Contar con información médica precisa para atender emergencias, en caso de ser necesario, y de notificarlas a la persona que usted indique;

- Estudios, registros, estadísticas y análisis de información de salud, conservación de registros para seguimiento de los servicios médicos prestados;
- En su caso, cumplir lo requerido por la Ley; y
- Cumplir con los requerimientos de naturaleza legal que cualquier autoridad competente o cualquier legislación aplicable imponga a su médico(a).
- Elaborar informes/reportes para entregar a compañías aseguradoras a efecto de realizar trámites ante ella;
- Para encuestas de satisfacción de servicios médicos prestados;
- Dar seguimiento a cualquier relación de prestación de servicios médicos.

5 Transferencia de sus Datos para dar Cumplimiento a las Finalidades Primarias: Sus datos solamente serán usados dentro del territorio nacional. Sus datos personales se transferirán:

- En caso de que la atención y servicios médicos que usted necesita requieran que su médico(a) realice consultas con otro médico(a) especialista, médicos inter consultantes, médicos tratantes, incluyendo personal de éstos que se considere de apoyo, así como a prestadores de servicios profesionales, técnicos y auxiliares de la salud o que comparta su información con otro(a) médico(a) y/o institución médica para poder atender emergencias y/o para que usted reciba la atención médica y servicios más aptos para sus necesidades particulares, para lo cual, éstos tendrán la obligación de proporcionarle su propio aviso de privacidad;
- A Instituciones relacionadas con el sector salud que permitirán brindarle un mejor servicio y una mejor atención;
- A la Aseguradoras que en su caso tenga contratada póliza de seguro de gastos médicos y
- Para dar cumplimiento a las disposiciones oficiales de acuerdo a la legislación aplicable.

Particularmente sus datos personales serán transferidos o remitidos softwaremedilink, a través de las distintas plataformas y/o aplicaciones electrónicas que dicha empresa es propietario y/o administra, por lo que a la firma del presente Aviso de Privacidad autoriza expresamente el tratamiento, transferencia y remisión de sus datos personales mediante dichos medios electrónicos. Asimismo, se hace de su conocimiento que softwaremedilink podrá, previa autorización por parte del titular, transferir y/o remitir sus datos a terceros con los cuales ésta tenga contratado la prestación de servicios profesionales médicos y en materia de salud que sean prestados a través de las plataformas y/o aplicaciones electrónicas a que se refiere el presente párrafo. Los terceros que reciban datos personales para su tratamiento o a quienes se les transfieran datos personales, sólo recibirán aquellos datos personales que requieran para realizar sus labores. A la firma del presente, autorizó expresamente que todos los datos personales recabados por el Médico, incluyendo los sensibles, puedan ser tratados y transferidos conforme al presente Aviso de Privacidad, autorización que otorgo para todos los efectos legales a que haya lugar de conformidad con los artículos 8, 9 y demás aplicables de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, su Reglamento y disposiciones aplicables. Asimismo, a la firma del presente, autorizo expresamente para que se recabe mi autorización para el tratamiento y transferencia de datos personales, incluyendo los sensibles, ya sea por el Médico o por los encargados mediante firma electrónica o cualquier mecanismo de autenticación que al efecto se establezca, ya sea físico o electrónico. En caso de oponerse a lo previsto

anteriormente, deberá manifestarse de conformidad a lo previsto en el apartado número 4 del presente: "Medios y procedimientos para ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición (ARCO)" a que se refiere el presente aviso.

6. Finalidades Secundarias; ¿para qué usamos sus Datos Personales? Su médico(a) recaba y usa sus datos para complementar las finalidades secundarias de:

- Hacerle llegar información y/o promociones que pueden ser importantes para el cuidado de su salud.
- Los datos personales para fines secundarios a ser utilizados por el Médico son: nombre, domicilio, teléfono, correo electrónico y otros datos de contacto. En caso de que no desee que sus datos personales se utilicen para estos fines secundarios el titular deberá marcar la casilla respectiva que aparece al lado de su nombre en este aviso de privacidad, con lo cual su médico(a) se abstendrá de utilizar sus datos personales para las finalidades secundarias arriba descritas. Medios y procedimiento para el ejercicio de los derechos ARCO de acceso, rectificación, cancelación u oposición (ARCO) Usted, como titular de los datos personales, tiene derecho a conocer qué datos personales tiene su médico(a) y para qué los utiliza (Acceso). Asimismo, tiene derecho a corregir su información en caso de que esta sea inexacta, incompleta o se encuentre desactualizada (Rectificación). También, como titular de los datos personales, usted puede solicitar que estos se eliminen de nuestros registros (Cancelación), en caso de que sus datos no sean utilizados adecuadamente. Por último, el titular tiene derecho a oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (Oposición). Así como la limitación a la divulgación y la revocación del consentimiento. Estos derechos se conocen como derechos ARCO y usted, como titular de los datos personales, los puede ejercer

en cualquier momento a través del proceso que establece la Ley y que a continuación resumimos:

Procedimiento: Para ejercitar sus derechos ARCO el titular deberá formular una solicitud a través de los siguientes medios:

- Solicitud Impresa

Presentada personalmente en el domicilio de su médico(a) dirigida a Alejandro Contreras Contreras

- Solicitud Electrónica

Enviada vía correo electrónico a la dirección: dralejandrocontreras@gmail.com

Con el fin de que su médico(a) esté en posibilidad de darle respuesta en el tiempo que señala la ley, todas las solicitudes de ejercicio de derechos ARCO -sean impresas o electrónicas- deberán:

- Especificar el(los) derecho(s) que desea hacer valer;
- Especificar las razones para ejercitar dicho derecho;
- Incluir una identificación oficial vigente del titular del derecho; En caso de que no se cumpla alguno de los requisitos arriba descritos, su médico(a) tendrá un plazo de cinco días naturales (contados a partir de la fecha en que haya recibido la solicitud) para requerirle por una sola vez que aporte los documentos y/o información necesarios para dar trámite a la solicitud. A partir de la fecha en que se realice este requerimiento, el titular contará con diez días naturales para darle cumplimiento. En caso de no hacerlo dentro de dicho plazo, la solicitud de ejercicio de derechos ARCO se tendrá por no presentada. En caso de que la solicitud de ejercicio de derechos ARCO sí cumpla con los requisitos establecidos, su médico(a) tendrá un plazo máximo de veinte días naturales

para comunicarle la determinación adoptada respecto de la solicitud. En caso de que la solicitud de ejercicio de derechos ARCO sea procedente, su médico(a) (A) hará efectiva la determinación dentro de un plazo máximo de quince días naturales contados a partir del día en que se notifique al titular la determinación descrita en el párrafo anterior, y (B) dará aviso al titular de que se ha dado cumplimiento su solicitud.

8 ¿Cómo conocer los cambios del presente aviso de privacidad? El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones, por lo que nos comprometemos a mantenerlo informado a través de algunos de los siguientes medios:

- Nuestra página de Internet. www.drcontreras.com;
- Notificación via Whatsapp de recepción 6624197570; y/o
- Notificación a su dirección de correo electrónico; y/o
- Notificación personal, en caso de que tengamos comunicación con usted después del cambio.

9 Conservación de Datos Personales Su médico(a) conservará la información del titular por un término máximo de 5 años, tanto para los fines primarios y secundarios, como para dar cumplimiento a las disposiciones legales correspondientes. En el supuesto de que el titular de los derechos desee cambiar de médico deberá ejercer sus derechos ARCO para efecto de que su Médico(a) le proporcione su Resumen de expediente electrónico. ¿Cómo Contactarnos? Si usted tiene alguna duda sobre el presente aviso de privacidad puede hacerla llegar a nuestra dirección de correo electrónico; dralejandrocontreras@gmail.com o al WA 6624197570, dirigida a Dr. Alejandro Contreras Contreras, quien es responsable de la privacidad de sus datos personales. Usted puede consultar el presente aviso de privacidad, sus modificaciones y actualizaciones en nuestro domicilio mencionado en el presente documento.

Para cumplir con los anteriores fines, mediante mi firma autógrafa, manifiesto expresamente que (i) estoy enterado de los términos del presente aviso de privacidad; (ii) otorgo las autorizaciones señaladas; y (iii) doy mi autorización expresa para que mis datos personales incluyendo los sensibles, se traten de conformidad con el presente, mismo que fue puesto a mi disposición de forma personal, manifestando tenerlo a la vista, haberlo leído y estar de acuerdo con sus términos y condiciones Derivado de la presente autorización, el suscrito expresamente deslindo al Médico y a los encargados que recaben, traten, transfieran o remitan mis datos personales, de toda responsabilidad derivada de toda reclamación, acciones (responsabilidad civil, penal, mercantil o de cualquier naturaleza legal), causas de acción, gastos y costas al respecto conforme a lo previsto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales, su Reglamento y lineamientos aplicables, en el caso de menores de edad o incapaces, el suscrito, a la firma del presente, manifiesto bajo protesta de decir verdad, ser el padre o tutor del menor de edad o del incapaz titular de los datos facilitados, por lo que acepto toda responsabilidad al respecto, asumiendo cualquier reclamación que pudiera surgir, comprometiéndome a deslindar al Médico y a los encargados que recaben, traten, transfieran o remitan datos personales del menor o del incapaz, de toda responsabilidad derivada de toda reclamación, acciones (responsabilidad civil, penal, mercantil o de cualquier naturaleza legal), causas de acción, gastos y costas al respecto. Al efecto el suscrito otorga consentimiento expreso de mi representado(a) (menor de edad o incapaz) para todos los efectos legales a que haya lugar, a fin de que los datos del menor o del incapaz que proporcione al Médico sean recabados, tratados y/o transferidos o remitidos de conformidad a lo previsto en este Aviso de Privacidad, mismo que fue puesto a mi disposición de forma personal, manifestando tenerlo a la vista, haberlo leído y estar de acuerdo con sus términos y condiciones. En caso de NO proporcionar al Médico ciertos datos del

suscrito o en su caso del menor o incapaz del que soy padre o tutor, acepto la posibilidad de que no se tenga acceso por parte del suscrito o del menor o incapaz del que soy padre o tutor a los servicios que éste proporciona, sin que se genere responsabilidad alguna para este último.
Última revisión 01/09/2024

Acepto que se me envíe información relevante para mi caso o información de promociones vigentes. *

Acepto

NO acepto

¿A experimentado alguno de los siguientes en LOS ÚLTIMOS 6 MESES? (De parte de terceros hacia el menor de edad) *

Abuso verbal (Gritar, amenazar, sobrenombres etc)

Abuso emocional (Manipulación, aislamiento, menospreciar, etc.)

Abuso físico (Empujar, pegar, restricción física)

Abuso sexual (Tocamientos, coito sin permiso, besos)

Ninguno de los anteriores

Si ha contestado afirmativo a alguno de los anteriores, explique cómo y dónde es que experimentar algún tipo de abuso:

Escala de evaluación de las alteraciones. Marque el enunciado que mejor describa cuánto piensa usted que sus síntomas de salud mental están alterando su vida en el hogar o en el trabajo. (Compárese mismo con otra persona de su misma edad y sexo, en las mismas situaciones.) *

SIN incapacidad. Los síntomas no están presentes más de lo esperado ni interfieren con la vida.

Muy POCA incapacidad. Los síntomas están presentes con un poco de más frecuencia o intensidad de lo esperado, y sólo rara vez interfieren con la vida.

Incapacidad LEVE. Los síntomas están presentes con más frecuencia o intensidad de lo esperado, y a veces interfieren con la vida.

Incapacidad moderada. Los síntomas están presentes con mucha más frecuencia o intensidad de lo esperado, y por lo general interfieren con la vida.

Incapacidad GRAVE. Los síntomas están presentes con muchísima más frecuencia o intensidad que lo esperado, y la mayoría de las veces interfieren con la vida.

Incapacidad MUY grave. Los síntomas están presentes con tanta frecuencia e intensidad superior a la que se espera que casi siempre interfieren con la vida.

MÁXIMA incapacidad (profunda). Los síntomas son tan frecuentes o intensos que interfieren completamente con la vida. Los síntomas pueden crear una crisis que requiere medidas de inmediato para evitar un peligro o daños graves.

Acepto los terminos y condiciones aquí descritos *

NO accepto