

Holali Dental

Aviso de privacidad integral

1. Identidad y domicilio del responsable

Holali Dental (en adelante, "la clínica"), consultorio dental ubicado en Carr. Picacho Ajusco 781, Héroes de Padierna, 14200 CDMX, es la responsable del tratamiento de sus datos personales.

Nombre o razón social del responsable: LAURA PEREZ SANCHEZ

Teléfono: 55 3068 6838 · WhatsApp: 55 3068 6828 · Correo para asuntos de datos personales: holalidental@gmail.com

Persona o área encargada de atender sus solicitudes de datos personales: Responsable de datos personales de Holali Dental (atención en el domicilio de la clínica en horario de servicio).

2. Datos personales que recabamos

Para brindarle atención dental recabamos, de manera personal, por teléfono, por WhatsApp, en formularios de la clínica, en la tableta o en el código QR de registro, o en nuestro sistema, las siguientes categorías de datos:

- Identificación y contacto: nombre completo, fecha de nacimiento, edad, sexo, domicilio, teléfono, correo electrónico, estado civil, ocupación, escolaridad, lugar de origen y, en su caso, CURP o identificación oficial.
- Datos de tutores o representantes (menores de edad o personas que no pueden decidir por sí mismas): nombre, parentesco, contacto y firma.
- Datos de contacto de emergencia.
- Imagen y firma: fotografías clínicas e intraorales, fotografía de perfil del expediente, radiografías y estudios de imagen, y firma autógrafa o digitalizada en consentimientos informados.
- Datos patrimoniales o financieros: presupuestos, pagos, forma de pago, saldos y, si solicita factura, datos fiscales.
- Datos de salud (sensibles), descritos en el siguiente apartado.

3. Datos personales sensibles

Para integrar su expediente clínico trataremos datos sensibles relativos a su estado de salud presente y pasado, entre ellos: motivo de consulta, antecedentes heredofamiliares, personales patológicos y no patológicos, enfermedades crónicas (por ejemplo diabetes, hipertensión, cardiopatías), alergias, medicamentos que usa, embarazo o lactancia, signos vitales, exploración bucodental, odontograma, diagnósticos, pronóstico, plan de tratamiento, recetas, notas de evolución, resultados de estudios y cualquier otra información clínica necesaria para su atención.

Cláusula de consentimiento expreso. Estos datos sensibles solo se tratan con su consentimiento expreso y por escrito, que usted otorga al firmar este aviso o su consentimiento informado. Si no los proporciona, no podremos brindarle atención clínica de forma segura.

4. Finalidades necesarias (no requieren consentimiento adicional)

Sus datos se usan para las finalidades que dan origen y son indispensables para la relación con la clínica:

- Integrar, conservar y consultar su expediente clínico conforme a la NOM-004-SSA3-2012 y demás normatividad sanitaria aplicable.
- Valorar, diagnosticar y brindarle atención y tratamiento odontológico, incluidos consentimientos informados, recetas, constancias y referencias a otros profesionales.
- Programar, confirmar, reprogramar y recordarle sus citas por llamada, WhatsApp o correo.
- Elaborar presupuestos, registrar pagos y emitir comprobantes o facturas.
- Dar seguimiento a su tratamiento, garantías y revisiones.
- Cumplir obligaciones legales y sanitarias, incluida la notificación a autoridades de salud en materia de vigilancia epidemiológica y farmacovigilancia, y atender requerimientos de autoridad competente.
- Atender y dar seguimiento a solicitudes de derechos ARCO, quejas y aclaraciones.
- Garantizar la seguridad de la información, llevar bitácoras de acceso y cambios, y respaldar la información.

5. Finalidades que requieren su consentimiento

Además, con su autorización podremos usar algunos datos para finalidades voluntarias. Si no desea que se usen para ellas, puede indicarlo en el apartado de consentimiento de este aviso, y esa negativa no afectará su atención ni sus derechos:

- Enviarle promociones, campañas, recordatorios de revisión o limpieza periódica y felicitaciones por WhatsApp, llamada o correo.
- Invitarle a calificar nuestro servicio y aplicar encuestas de satisfacción.
- Usar fotografías o imágenes de su caso, sin datos que lo identifiquen y solo si usted lo autoriza expresamente por separado, con fines educativos o de difusión de resultados.

6. Transferencias y remisiones de datos

Sus datos no se venden. Solo los compartimos en los siguientes casos:

- Con autoridades sanitarias, judiciales o administrativas (por ejemplo Secretaría de Salud, COFEPRIS o jurisdicción sanitaria) cuando una ley lo exija, para vigilancia epidemiológica, farmacovigilancia o requerimientos de autoridad. No requiere su consentimiento.
- Con otros profesionales de la salud, laboratorios dentales o de imagen a los que usted sea referido para su atención, limitándonos a la información necesaria. Si no existe una obligación legal, solicitaremos su consentimiento.
- Con su aseguradora o terceros pagadores, solo si usted lo solicita o lo autoriza.
- Con proveedores que nos prestan servicios y tratan datos por nuestra cuenta, como almacenamiento y sincronización en la nube (Google Firebase), mensajería (WhatsApp) y respaldo de información. Estos proveedores están obligados a proteger la información y a no usarla para fines propios.

7. Conservación, bloqueo y supresión

Su expediente clínico se conserva por un mínimo de 5 años contados a partir de la fecha de su última consulta, conforme a la NOM-004-SSA3-2012. Por ello, una solicitud de cancelación o supresión antes de ese plazo no puede cumplirse de inmediato: en ese caso sus datos se bloquean (se resguardan sin uso distinto a la conservación legal) y se suprimen definitivamente al terminar el plazo, previo respaldo cuando corresponda. Los datos que no forman parte del expediente se conservan mientras sean necesarios para las finalidades de este aviso.

8. Sus derechos ARCO y otros derechos

Usted, o su representante legal, puede ejercer en cualquier momento los siguientes derechos:

- Acceso: conocer qué datos suyos tenemos, para qué los usamos y recibir una copia.
- Rectificación: corregir, completar o actualizar datos inexactos, incompletos o desactualizados.
- Cancelación: pedir que sus datos se bloqueen y, vencido el plazo de conservación, se supriman de nuestros registros y bases.
- Oposición: oponerse al tratamiento de sus datos por una causa legítima derivada de su situación particular, o cuando el tratamiento se use para finalidades que usted no desea (por ejemplo, promociones). También puede oponerse a decisiones basadas únicamente en un tratamiento automatizado que le produzcan efectos jurídicos no deseados o le afecten de forma significativa.
- Revocación del consentimiento: retirar el consentimiento que nos dio. Ello no tendrá efectos retroactivos y no procede respecto de los datos que debamos conservar por ley.
- Limitación del uso o divulgación: solicitar que dejemos de usar sus datos para finalidades voluntarias.

9. Cómo ejercer sus derechos (procedimiento)

El ejercicio de estos derechos es gratuito; solo podrían cobrarse costos justificados de reproducción o envío. Para ejercerlos:

- Presente su solicitud por escrito, en el domicilio de la clínica señalado en el apartado 1 o al correo indicado en el mismo apartado. En recepción le entregaremos el formato de solicitud y un acuse de recibo con folio.
- Indique expresamente el derecho que desea ejercer (acceso, rectificación, cancelación, oposición o revocación).

- Incluya: su nombre completo y un medio para responderle (domicilio, correo o teléfono); copia de una identificación oficial vigente o, si actúa por un representante, el documento que acredite la representación y la identificación de ambos; una descripción clara de lo que solicita; y, para rectificaciones, los documentos que sustenten la corrección.
- Respuesta. Le comunicaremos por el medio que indique la determinación adoptada y, si procede, la haremos efectiva dentro de los plazos que fija la ley vigente. Si la solicitud no es clara o falta información, se lo haremos saber para que la complete.
- Negativa. Podremos negar total o parcialmente el ejercicio de un derecho, con explicación fundada, entre otros casos cuando una ley nos obligue a conservar la información (por ejemplo el expediente clínico) o cuando los datos no existan en nuestras bases.

10. Medios para limitar el uso o la divulgación de sus datos

Puede pedir en recepción o por los medios del apartado 1 que su número o correo sean excluidos de promociones, mensajes de campañas y encuestas. Esto no afecta los recordatorios de citas ni la comunicación necesaria para su atención.

11. Seguridad de la información

Adoptamos medidas administrativas, técnicas y físicas razonables para proteger sus datos contra daño, pérdida, alteración, destrucción o uso, acceso o tratamiento no autorizado, entre ellas acceso con usuario y contraseña, registro de cambios en el expediente y respaldo de la información. Si ocurre una vulneración de seguridad que afecte de forma significativa sus derechos, se lo informaremos sin dilación.

12. Autoridad en materia de datos personales

Si considera que su derecho a la protección de datos personales ha sido vulnerado, o que no se atendió debidamente su solicitud, puede acudir ante la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno, autoridad competente en materia de protección de datos personales en posesión de particulares conforme a la ley vigente.

13. Cambios a este aviso

Podemos modificar este aviso por cambios legales, de nuestras prácticas o de los servicios. Las modificaciones estarán disponibles en la clínica y se informarán por WhatsApp o correo. La fecha de última actualización aparece al inicio.

14. Consentimiento del titular

Declaro que he leído y comprendido este aviso de privacidad integral y que se me explicó el tratamiento de mis datos personales y sensibles.

Otorgo mi consentimiento expreso y por escrito para el tratamiento de mis datos personales y datos personales sensibles (salud) para las finalidades necesarias de los apartados 3 y 4.

Sí No autorizo el uso de mis datos de contacto para las finalidades voluntarias del apartado 5 (promociones, recordatorios de revisión y encuestas).

Sí No autorizo el uso de fotografías de mi caso, sin datos que me identifiquen, con fines educativos o de difusión.

Sí No autorizo las transferencias a terceros que requieran mi consentimiento descritas en el apartado 6 (profesionales o laboratorios a los que se me refiera, y mi aseguradora).