



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
AVISO DE PRIVACIDAD
(FORMATO DE CONTENIDO E INSTRUCCIONES DE LLENADO)

Aviso de Privacidad: Documento físico, electrónico o en cualquier otro formato generado por el responsable que es puesto a disposición del titular, previo al tratamiento de sus datos personales, de conformidad con el artículo 15 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. “El responsable en este caso es el investigador (a) responsable y el Titular el (la) participante”.

Titulo del Proyecto: _____

Registro INSP CI: _____

Investigador(a) Responsable de recabar sus datos personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección.

Responsable: Persona física o moral de carácter privado que decide sobre el tratamiento de datos personales.

Nombre:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

Tipo de información que se solicitará:

Su información personal será utilizada con la finalidad de [*Poner la finalidad (es)*], para lo cual requerimos obtener los siguientes datos personales: [*Poner todos los datos que se solicitarán*], así como otros datos considerado como sensibles de acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, tales como: [*Poner todos los datos que se solicitarán*].

NOTA: Es muy importante que el/la Investigador(a) revise la Ley antes mencionada, en donde se enlistan los datos considerados como personales y sensibles. Así mismo es fundamental que recuerde que el tratamiento de los datos personales se limitará a las finalidades que se informen en el aviso de privacidad.

Art. 3. V. Datos personales: Cualquier información concerniente a una persona física identificada o identificable.

Art. 3 VI. Datos personales sensibles: Aquellos datos personales que afecten a la esfera más íntima de su titular, o cuya utilización indebida pueda dar origen a discriminación o conlleve un riesgo grave para éste. En particular, se consideran sensibles aquellos que puedan revelar aspectos como origen racial o étnico, estado de salud presente y futuro, información genética, creencias religiosas, filosóficas y morales, afiliación sindical, opiniones políticas, preferencia sexual.

Es importante que usted sepa que todo el equipo de investigación que colabora en este estudio se compromete a que todos los datos proporcionados por usted sean tratados bajo medidas de seguridad y garantizando siempre su confidencialidad. En el caso de este proyecto las medidas que se tomarán para ello serán: [*Describir el tipo de medidas que se usarán*].

Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al manejo de los mismos o anular el consentimiento que nos haya otorgado para tal fin, presentando una carta escrita dirigida a el/la Investigador(a) Responsable [Favor de anotar *nombre de Investigador(a) Responsable, ubicación, dirección, teléfono, Correo electrónico*] o a la oficina de la Presidente del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, ubicada Ave. Universidad 655, oficina 343, 3er. piso del edificio principal, Cuernavaca, Mor. Tel 777 329 3000 Ext. 7424. Correo electrónico: etica@insp.mx.

Asimismo, le aclaramos que la información de sus datos personales puede ser compartida y manejada por personas distintas a esta institución. En este caso se compartiría con [favor de señalar el tipo de destinatarios*, nombre, ubicación, si es dentro o fuera del país y datos de contacto de estas transferencias** y señalar si se usarán para publicaciones, ponencias, etc], con la finalidad de [favor de describir la finalidad de esta transferencia].

***En el caso de que el destinatario este ubicado en un país diferente a México, se deberá solicitar a los/las colaboradores(as) el aviso de privacidad, con los datos de el/la investigador(a) responsable del uso que se le dé a los mismos y de su protección. Así mismo deberá de ser traducido al idioma del país con el cual se compartirá la información.**

****Transferencia: Toda comunicación de datos realizada a persona distinta de responsable o encargado del tratamiento.**

***** En caso de que los datos no se tengan que compartir con otras instancias se sugiere poner la siguiente leyenda. "Los datos que usted nos proporcione no serán compartidos con otras instancias ó instituciones y únicamente serán usados por el equipo de investigadores para este proyecto"**

Declaración de conformidad

Si usted no manifiesta oposición para que sus datos personales se compartan con las instancias mencionadas, se entenderá que ha otorgado su consentimiento para ello.

En caso de no estar de acuerdo favor de marcar el siguiente cuadro.

No consiento que mis datos personales sean transferidos en los términos que señala el presente aviso de privacidad.

Nombre y firma autógrafa del (la) titular _____

Titular: La persona física a quien corresponden los datos personales.

Fecha: [día/mes/año]



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
AVISO DE PRIVACIDAD
(EJEMPLO VERSIÓN FINAL)

Aviso de Privacidad: Documento físico, electrónico o en cualquier otro formato generado por el responsable que es puesto a disposición del titular, previo al tratamiento de sus datos personales, de conformidad con el artículo 15 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. “El responsable en este caso es el investigador (a) responsable y el Titular el (la) participante”.

Título del Proyecto: _____

Registro INSP CI: _____

Investigador(a) Responsable de recabar sus datos personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Tipo de información que se solicitará:

Su información personal será utilizada con la finalidad de [*Poner la finalidad (es)*], para lo cual requerimos obtener los siguientes datos personales: [*Poner todos los datos que se solicitarán*], así como otros datos considerado como sensibles de acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, tales como: [*Poner todos los datos que se solicitarán*].

Es importante que usted sepa que todo el equipo de investigación que colabora en este estudio se compromete a que todos los datos proporcionados por usted sean tratados bajo medidas de seguridad y garantizando siempre su confidencialidad. En el caso de este proyecto las medidas que se tomarán para ello serán: [*Describir el tipo de medidas que se usarán*]

Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al manejo de los mismos o anular el consentimiento que nos haya otorgado para tal fin, presentando una carta escrita dirigida a el/la Investigador(a) Responsable [*Favor de anotar nombre de Investigador(a) Responsable, ubicación, dirección, teléfono, Correo electrónico*] o a la oficina de la Presidente del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, ubicada Ave. Universidad 655, oficina 343, 3er. piso del edificio principal, Cuernavaca, Mor. Tel 777 329 3000 Ext. 7424. Correo electrónico: etica@insp.mx.

Asimismo, le aclaramos que la información de sus datos personales puede ser compartida y manejada por personas distintas a esta institución. En este caso se compartiría con [*favor de señalar el tipo de destinatarios, nombre, ubicación, si es dentro o fuera del país y datos de contacto*]

de estas transferencias y señalar si se usarán para publicaciones, ponencias, etc.], con la finalidad de [favor de describir la finalidad de esta transferencia].

Declaración de conformidad

Si usted no manifiesta oposición para que sus datos personales se compartan con las instancias mencionadas, se entenderá que ha otorgado su consentimiento para ello.

En caso de no estar de acuerdo favor de marcar el siguiente cuadro.

No consiento que mis datos personales sean transferidos en los términos que señala el presente aviso de privacidad.

Nombre y firma autógrafa del (la) titular _____

Fecha: [día/mes/año]