



DIRECCION DE BIENESTAR SOCIAL

SUBDIRECCION DE SALUD

DEPARTAMENTO DE PROTECCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD

EXPEDIENTE CLINICO PSICOLOGÍA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO _____

TELEFONO _____

NOMBRE DEL PADRE _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

DIAGNOSTICO: _____

PSICÓLOGA (O) QUE LO ATIENDE: _____

MOTIVO DE CONSULTA:

FAMILIOGRAMA:

HISTORIA DEL DESARROLLO:

HISTORIA ESCOLAR:

HISTORIA LABORAL:

HISTORIA FAMILIAR:

DESENCADENANTES DEL MOTIVO DE CONSULTA:

ANTECEDENTES PERSONALES:

[illegible]

*Para la gestión de mi EXPEDIENTE CLÍNICO PSICOLOGÍA, hago constar que he leído el **Aviso de Privacidad** de este escrito y manifiesto con mi firma de aceptación que autorizo al Municipio de Mérida, para que los datos considerados como sensibles se utilicen únicamente para los fines señalados en mi solicitud.*

NOMBRE Y FIRMA



AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO: EXPEDIENTE CLÍNICO DE PSICOLOGIA

El Municipio de Mérida, Yucatán, a través de su la Dirección de Bienestar Social, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporciona; los cuales se señalan a continuación: NOMBRE DEL PACIENTE, EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL, ESCOLARIDAD, OCUPACION, FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO, DOMICILIO, TELEFONO, NOMBRE DEL PADRE, NOMBRE DE LA MADRE, DIAGNOSTICO, PSICOLOGA (O) QUE LO ATIENDE, MOTIVO DE CONSULTA, FAMILIOGRAMA, HISTORIA DEL DESARROLLO, HISTORIA ESCOLAR, HISTORIA LABORAL, HISTORIA FAMILIAR, DESENCADENANTES DEL MOTIVO DE CONSULTA, ANTECEDENTES PERSONALES, Y SEGUIMIENTO.

Los datos personales que recabamos de usted, en el presente formato, los utilizaremos para las siguientes finalidades:

- Dar seguimiento a su solicitud de consulta, Elaboración de expediente, de indicadores y gráficas.

De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades que no son necesarias, pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención: invitarle a conocer nuestros nuevos servicios y programas.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para las finalidades adicionales, usted puede manifestarlo mediante escrito libre ante la Unidad de Transparencia, ubicada en la calle cincuenta número cuatrocientos setenta y uno por cincuenta y uno y cincuenta y tres, colonia Centro de esta ciudad de Mérida, en el horario de 8:00 am a 2:00 pm, previamente al tratamiento de los mismos.

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede usted hacer valer, puede acceder a aviso de privacidad integral a través de la siguiente dirección electrónica: www.merida.gob.mx/avisodirecciones o escaneando el siguiente código QR:



AUTORIZACIÓN PARA DATOS SENSIBLES

*Para la gestión de mi **EXPEDIENTE CLINICO DE PSICOLOGIA**, solicitado, hago constar que he leído el **Aviso de Privacidad** de este escrito y manifiesto con mi firma de aceptación que autorizo al Municipio de Mérida, para que los datos considerados como sensibles se utilicen únicamente para los fines señalados en mi solicitud.*

NOMBRE Y FIRMA