

NOMBRE DE LA UNIDAD:

Correspondiente al Mes

correspondiente al año

NOMBRE DEL MEDICO QUE PROPORCIONA LA CONSULTA:

CEDULA PROFECIONAL

Fecha	No.	NOMBRES APELLIDOS PATERNOS APELLIDOS MATERNOS	FEC. DE NAC.	EST. DE NAC.	Edad	Sexo		1a vez (Diagnóstico)	Subsecuente (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	HAS(1) DM(2) EMB(3)	Migrante	Indígena	Discapacidad	Diagnóstico	Medicamentos	Firma de Recibido
						M	F											
CURP			DD MM AA															
	1		DD MM AA															
CURP			DD MM AA															
	2		DD MM AA															
CURP			DD MM AA															
	3		DD MM AA															
CURP			DD MM AA															
	4		DD MM AA															
CURP			DD MM AA															
	5		DD MM AA															
CURP			DD MM AA															
	6		DD MM AA															
CURP			DD MM AA															
	7		DD MM AA															
CURP			DD MM AA															
	8		DD MM AA															
CURP			DD MM AA															
	9		DD MM AA															
CURP			DD MM AA															
	10		DD MM AA															

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.