GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ 2024 - 2030

CODAMEVER
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE VERACRUZ

FECHA:
HORA DE RECEPCIÓN:

NOMBRE DEL USUARIO _____

DOMICILIO: _____ ENTRE _____ C.P. _____

COLONIA: _____ MUNICIPIO: _____

TELÉFONO: LADA _____ SEXO: F ☐ M ☐ EDAD: _____ años

NACIONALIDAD: MEX ☐ ESPECIFIQUE _____ ESCOLARIDAD: _____

OCUPACIÓN: _____ ESTADO CIVIL: _____

IDENTIFICACIÓN: _____ NÚMERO ID. _____

INSTITUCIÓN: _____ NÚMERO REG. _____

EMAIL: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE _____

DOMICILIO: _____ ENTRE _____ C.P. _____

COLONIA: _____ MUNICIPIO: _____

TELÉFONO: _____ NACIONALIDAD: M ☐ ESPECIFIQUE _____

IDENTIFICACIÓN: _____ SEXO: F ☐ M ☐ EDAD: _____ años.

PARENTESCO: _____ NÚMERO ID. _____

MOTIVO DE REPRESENTACIÓN: _____ OCUPACIÓN: _____

EMAIL: _____

NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS _____

DOMICILIO: _____ ENTRE _____ C.P. _____

COLONIA: _____ MUNICIPIO: _____

TELÉFONO: LADA _____ NÚMEROS: _____

UNIDAD MÉDICA _____

EMAIL: _____

CÓMO SE ENTERÓ DE **CODAMEVER:** _____

DECLARATIVA DE PRIVACIDAD

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales 13.S.1 Orientación el cuál tiene su fundamento en la Ley 581 y en los lineamientos de la misma cuya finalidad es integrarlos para conocer la identidad del promovente de la inconformidad; a su vez podrán ser transmitidos a Contraloría General del Estado, Órgano Interno de Control de SESVER y cualquier autoridad judicial que funde y motive la solicitud. Los datos marcados con un asterisco (*) son obligatorios y sin ellos no podrá acceder al servicio o completar el trámite de orientación, asesoría, gestión inmediata y/o queja, o puede tener problemas con éste por la inexactitud de los datos. Así mismo, se le informa que sus datos son resguardados con las medidas de seguridad de nivel alto y podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la ley.

El responsable del Sistema de Datos Personales 13.S.1 Orientación es el titular de la Jefatura de Departamento de Orientación quien está facultado de responder a las preguntas que le sean plateadas por el titular de los datos personales y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es la Unidad de Acceso a la Información Pública de la Secretaria de Salud del Estado de Veracruz, calle Morelos No. 76, Local 17, Zona Centro, Xalapa Enríquez Veracruz, CP. 91000. Teléfono 01228 8173321. Correo electrónico: datospersonalesssaver@gmail.com.

El interesado podrá dirigirse al Instituto Veracruzano de Acceso a la Información, dónde recibirá asesoría obre los derechos de la Ley 581 para la Tutela de los Datos Personales en el Estado de Veracruz al teléfono: 228 8420270 Ext. 406; correo: contacto@verivai.org.mx o contactodatospersonaes@verivai.org.mx y http://www.ivai.org.mx.

A partir de esta fecha usted contará con un plazo de 15 días hábiles para manifestar su negativa al tratamiento, bajo la advertencia de que en caso de no pronunciarse a tal efecto se entenderá que consciente el tratamiento de sus datos personales.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO