

Exp. 259/2023-A

SOLICITUD DE EJERCICIO DE DERECHOS ARCO

Se presenta esta Solicitud ante el Sujeto Obligado denominado OPD Servicios de Salud Jalisco

| Solicitante                           |                               |  |  |
|---------------------------------------|-------------------------------|--|--|
| Nombre del Solicitante de Información | Martina <small>Nombre</small> | Morales <small>Primer Apellido</small> | Landeros <small>Segundo Apellido</small> |
| Documento de identificación           | Credencial de Elektor         |  |  |
| Representante legal (opcional)        |                               |  |  |
|                                       | <small>Nombre</small>         | <small>Primer Apellido</small>         | <small>Segundo Apellido</small>          |

Datos de contacto para recibir notificaciones por el Sujeto Obligado OPD Servicios de Salud Jalisco

Correo electrónico

Manifiesto que es mi voluntad y estoy conforme con recibir todas las notificaciones relativas a la presente solicitud, en la dirección de correo electrónico señalada, en el entendido que en caso de no revisarlo dicha omisión será mi responsabilidad, así mismo, se me informa que la respuesta a mi solicitud donde obre el acceso, rectificación, cancelación u oposición a mis datos personales debe ser recibida de manera presencial.

|                                 |                  |                         |                 |  |
|---------------------------------|------------------|-------------------------|-----------------|--|
| Domicilio                       | Av./ Calz./Calle | aguacate                |                 |  |
|                                 | Número Exterior  | 4                       | Número Interior |  |
|                                 | Colonia/Fracc.   | Meza Colorada           |                 |  |
|                                 | Municipio        | Tapapan                 |                 |  |
|                                 | Estado           |                         |                 |  |
|                                 | C.P.             | otro dato de referencia |                 |  |
| Teléfono de contacto (opcional) |                  | 3318595973              |                 |  |

Descripción de la información que se solicita

Con el fin de brindar un mejor servicio, además de describir la información que contienen los datos personales a los cuales solicitas acceder, rectificar, cancelar u oponerte a su tratamiento, por lo que te sugerimos proporcionar todos los datos que consideres necesarios para facilitar la búsqueda de la información, así mismo, puedes adjuntar al presente cualquier anexo o bien las hojas que consideres necesarias para describir la solicitud de ejercicio de derecho ARCO en caso de que el espacio sea insuficiente para la descripción.

TIPO DE SOLICITUD: Acceso ☒ Rectificación ☐ Cancelación ☐ Oposición ☐

Requiero expediente clínico de Carlos Garcia Landeros del Hospital General de Occidente

Forma en que desea que sea entregada la información.

|  |                                     |   |                          |
|--|-------------------------------------|---|--------------------------|
| Copias simples (sin costo las primeras 20 hojas, a partir de la hoja 21 con costo) | <input checked="" type="checkbox"/> | Copias certificadas (sin costo las primeras 20 hojas, a partir de la hoja 21 con costo) | <input type="checkbox"/> |
|--|-------------------------------------|---|--------------------------|

Manifiesto que se me ha informado que la reproducción de documentos se encuentra sujeta a los costos previstos por la Ley de Ingresos para el Estado de Jalisco vigente al momento de realizar el pago en las Recaudadoras del Estado de la Secretaría de Hacienda del Estado de Jalisco.

RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

OPD. SERVICIOS DE SALUD JALISCO  
UNIDAD DE TRANSPARENCIA

RECIBIDO

ANEXOS

FIRMA

Se adjuntan documentos

Si ☐

No ☐

### Estadísticas (opcional)

Si desea colaborar con el OPD Servicios de Salud Jalisco para contar con un estadístico relacionado con las solicitudes de acceso a la información pública que se reciben en este sujeto obligado, lo que permite mejorar nuestros servicios, ponemos a su disposición el siguiente apartado.

Genéro

Mujer

☐

Hombre

☐

Edad

Menor de 18 años

De 18 a 30 años

De 30 a 59 años

De 60 o más años

Nivel Educativo

Ninguno

Primaria

Secundaria

Preparatoria

Técnico

Licenciatura

Maestría

Especialidad

Doctorado

Ocupación

Hogar

Estudiante

Docente

Servidor Público

Comerciante

Jubilado

Periodista

Otro (desea especificar):

¿Es la primera vez que presenta una Solicitud de Ejercicio de Derechos ARCO?

Sí

¿Cuántas veces?

No

¿Cómo se enteró que puede acceder, rectificar, cancelar u oponerse al tratamiento de sus datos personales?

ITEI

INAI

OPD Servicios de Salud Jalisco

Secretaría de Salud

Medios de Comunicación

Comentario de un conocido o amigo

¿Ha visitado el Portal Web de Transparencia del OPD Servicios de Salud Jalisco?

Sí

¿Cuántas veces?

No

¿Desea hacer alguna sugerencia al OPD Servicios de Salud Jalisco sobre este trámite?

### Aviso de Privacidad

El OPD Servicios de Salud Jalisco, pone a su disposición su Aviso de Privacidad Integral para su consulta en la Página de Internet oficial en el siguiente enlace: [https://transparencia.info.jalisco.gob.mx/sites/default/files/M\\_AVISO%20DE%20PRIVACIDAD\\_INTEGRAL\\_0.pdf](https://transparencia.info.jalisco.gob.mx/sites/default/files/M_AVISO%20DE%20PRIVACIDAD_INTEGRAL_0.pdf) Así mismo, se le informa que sus datos personales solo serán utilizados para atender y dar seguimiento a esta solicitud, los cuales se encuentran sujetos a lo dispuesto por la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Jalisco y sus Municipios.