

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	Mosai D' Marco <small>Nombre</small>	Martinez <small>Primer Apellido</small>	Padilla <small>Segundo Apellido</small>
Documento de identificación	INE		
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 electronico	moy697@hotmail.com.

Manifiesto que es mi voluntad y estoy conforme con recibir todas las notificaciones relativas a la presente solicitud, en la dirección de correo electronico 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 Montes Urales 1036		
	Número Exterior 1036	Número Interior	Otro
	Colonia/Fracc. Independencia Oriente		
	Municipio Guadalajara		
	Estado Jalisco		
	C.P. 44340	otro dato de referencia 3813851792	
teléfono de contacto (opcional)	3330074370		

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 <input checked="" type="checkbox"/>	Rectificación <input type="checkbox"/>	Cancelación <input type="checkbox"/>	Oposición <input type="checkbox"/>
--------------------	--	--	--------------------------------------	------------------------------------

Solicito copia simple de mi expediente clínico, 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	
<div>O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO UNIDAD DE TRANSPARENCIA <b>RECIBIDO</b> 22/1/2023 ANEXOS FIRMA </div>	<div>Se adjuntan documentos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></div>

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 <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/>	
Edad	Menor de 18 años <input type="text"/>	De 18 a 30 años <input type="text"/>	De 30 a 59 años <input type="text"/>
	De 60 o más años <input type="text"/>		

Nivel Educativo	Ninguno <input type="text"/>	Primaria <input type="text"/>	Secundaria <input type="text"/>
	Preparatoria <input type="text"/>	Técnico <input type="text"/>	Licenciatura <input type="text"/>
	Maestría <input type="text"/>	Especialidad <input type="text"/>	Doctorado <input type="text"/>

Ocupación	Hogar <input type="text"/>	Estudiante <input type="text"/>	Docente <input type="text"/>
	Servidor Público <input type="text"/>	Comerciante <input type="text"/>	Jubilado <input type="text"/>
	Periodista <input type="text"/>	Otro (desea especificar): <input type="text"/>	

¿Es la primera vez que presenta una Solicitud de Ejercicio de Derechos ARCO?			
Sí	<input type="text"/>	¿Cuántas veces?	<input type="text"/>
No	<input type="text"/>		

¿Cómo se enteró que puede acceder, rectificar, cancelar u oponerse al tratamiento de sus datos personales?			
ITEI	<input type="text"/>	INAI	<input type="text"/>
OPD Servicios de Salud Jalisco	<input type="text"/>	Secretaría de Salud	<input type="text"/>
Medios de Comunicación	<input type="text"/>	Comentario de un conocido o amigo	<input type="text"/>

¿Ha visitado el Portal Web de Transparencia del OPD Servicios de Salud Jalisco?			
Sí	<input type="text"/>	¿Cuántas veces?	<input type="text"/>
No	<input type="text"/>		

¿Desea hacer alguna sugerencia al OPD Servicios de Salud Jalisco sobre este trámite?	
<div></div>	

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: <a href="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</a> 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.