

FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE DATOS PERSONALES DEL INSTITUTO MEXICANO DE PSICOANÁLISIS, A.C.

EL INSTITUTO MEXICANO DE PSICOANÁLISIS, A.C. (IMPAC), es una Asociación Civil Mexicana que se dedica a difundir y desarrollar el psicoanálisis en México, como disciplina científica, como práctica profesional, como método de investigación y tratamiento en el área de la salud mental.

EL INSTITUTO MEXICANO DE PSICOANÁLISIS, A.C. (IMPAC), tiene su domicilio en la calle de Odontología, número 9, colonia Copilco Universidad, Delegación Coyoacán, su C.P. es 04360, en la Ciudad de México. Con el siguiente teléfono: 56 58 98 22; con correo electrónico contacto@impac.edu.mx

Dicho Instituto cuenta con tres áreas que hacen necesaria la obtención de información sobre datos personales: **EL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA, EL ÁREA DE ADMINISTRACIÓN Y EL ÁREA CLÍNICA.**

EL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA DEL IMPAC, imparte el estudio y conocimientos psicoanalíticos a través de su maestría en psicoanálisis con reconocimiento y validez oficial RVOE 20005719 otorgada por la SEP, desde noviembre del 2005, doctorado en psicoanálisis (reconocimiento en trámite), diplomados, cursos, ciclos de conferencias y talleres afines al psicoanálisis.

EL ÁREA DE ADMINISTRACIÓN, clasifica, ordena, archiva y selecciona los datos necesarios para los fines administrativos, de logística, académicos y laborales requeridos por dicho instituto.

LA CLÍNICA DEL IMPAC, es un área que aplica tratamiento psicoterapéutico con base al psicoanálisis. Su forma de aplicación es brindar servicio a la comunidad con psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica en adultos y en el caso de adolescentes con un permiso por escrito de sus padres o tutores.

FINALIDADES PARA EL USO DE DATOS PERSONALES APLICADOS AL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CLÍNICA DEL IMPAC.

Su información personal será utilizada para informar acerca de sus servicios, hacer cambios de actualización, evaluar la calidad de servicios que brindamos. También para fines estadísticos e informativos de las actividades realizadas en dicho instituto y fines administrativos de control de personal de la institución.

Toda información obtenida estará integrada en su expediente, tanto para resguardo, trámites administrativos y académicos.

Esta información incluye:

- Nombre.
- Edad.
- Ocupación.
- Fecha de nacimiento.
- Domicilio.
- Número telefónico (local y celular), personal y posiblemente de algún familiar.
- Correo electrónico.
- Grado y tipo de estudios.
- Enfermedades médicas que requieran algún manejo de mantenimiento o supervisión.
- Religión.

Y cualquier otro dato personal que sea necesario para llevar a cabo los objetivos psicoterapéuticos, académicos y administrativos del IMPAC.

En caso de proporcionar dicha información al **INSTITUTO MEXICANO DE PSICOANÁLISIS, A.C. (IMPAC)**, usted acepta y autoriza que esta información sea registrada en documentos bajo procesos de admisión en físico o por correo electrónico al personal administrativo, docente y directivo de este instituto.

Por lo tanto yo (nombre completo) : _____

(subrayar): paciente (usuario), estudiante, profesor y/o trabajador del **EL INSTITUTO MEXICANO DE PSICOANÁLISIS, A.C. (IMPAC)**, autorizo en pleno uso de mis facultades mentales, como ciudadano mayor de 18 años y sin ningún medio de coerción proporcionar los datos personales requeridos como: nombre completo, edad, ocupación, fecha de nacimiento, domicilio, números telefónicos personal y de algún familiar, correo electrónico, grado y tipo de estudios, enfermedades médicas que requieran algún manejo de mantenimiento o supervisión y religión. Así como información personal de datos sensibles para ser tratados con los fines antes mencionados : psicoterapéuticos, académicos, administrativos y estadísticos, antes mencionados.

Declaro haber recibido, leído, entendido y comprendido este consentimiento de manejo de datos personales para que sea procesada y tratada bajo los lineamientos señalados en este documento y que he recibido una copia del mismo.

Tengo derecho a acceder, a rectificar y cancelar datos personales así como oponerme a tratamiento de los mismos, a revocar el consentimiento de dicho manejo de datos personales, siempre mediante documento escrito donde se constate mi nombre completo, domicilio y otro medio para recibir comunicación respectiva a mi solicitud, con documentos que certifiquen mi identidad o representación legal de mi titular de datos personales. Además de describir en forma escrita clara y precisa de los datos personales que deseo modificar u omitir, documentos que comprueben la localización de mis datos personales. Como comprobante de domicilio, así como requisitos previstos para el ejercicio de mis derechos que marca la Ley Federal de Protección de Datos Personales, en posesión de particulares y su reglamento.

La solicitud en documento por escrito deberá ser enviada a la dirección de dicho instituto inicialmente señalada.

Si usted no manifiesta en documento por escrito su oposición para que sus datos personales sean transferidos, se entenderá y asumirá que ha otorgado su consentimiento informado para ello y al firmar este documento de Aviso de Privacidad del **IMPAC**.

Cualquier modificación a este Aviso de Privacidad podrá consultarlo en el sitio web <http://www.impac.edu.mx>

Se extiende el presente Aviso de Privacidad, conforme a la Nueva Ley de Privacidad para el departamento de enseñanza, administrativo o del área clínica del **EL INSTITUTO MEXICANO DE PSICOANÁLISIS, A.C. (IMPAC)**.

Lugar y fecha: _____

Firma de conformidad: _____