



H. XV AYUNTAMIENTO  
LOS CABOS, B.C.S.



INSTITUTO MUNICIPAL PARA EL  
**DESARROLLO E INCLUSIÓN**  
— DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD —



CONSTRUYENDO CONTIGO  
**LOS CABOS**  
— XV AYUNTAMIENTO —  
2024 - 2027

**EL INSTITUTO MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO E INCLUSIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LOS CABOS HACE DE CONOCIMIENTO AL PÚBLICO EN GENERAL EL SIGUIENTE:**

### **AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL**

DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 1, 2 FRACCIÓN II, III, IV, V Y VII, ARTICULO 3 FRACCIÓN II, 18, 21, 22, 23 Y DEMAS RELATIVOS Y APLICABLES DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR, ESTE INSTITUTO PROPORCIONA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN QUE INTEGRA EL PRESENTE AVISO:

**I.- NOMBRE DEL RESPONSABLE:** Instituto Municipal Para El Desarrollo E Inclusión De Personas Con Discapacidad De Los Cabos.

**II.- DOMICILIO DEL RESPONSABLE:** calle Ernesto Chanes Chávez col. Ampliación Santa Rosa, Cp. 23428, San José Del Cabo Baja California Sur.

**III.- DATOS PERSONALES QUE SERÁN SOMETIDOS A TRATAMIENTO:** Los datos personales que serán sometidos a tratamiento por el Instituto Municipal para el Desarrollo e Inclusión de Personas con Discapacidad de Los Cabos son:

1. Nombre completo.
2. Domicilio
3. Curp
4. Diagnostico Clínico
5. Número de teléfono
6. Fotos
7. Videos

Datos personales que requieren el consentimiento del titular, acorde a lo dispuesto por los artículos 14 y 15 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Baja California Sur.

**IV.- FINALIDAD DEL TRATAMIENTO PARA LAS CUALES SE OBTIENE LOS DATOS PERSONALES:** Los datos personales recabados por este Instituto, serán necesarios para las siguientes finalidades:

1. Brindarles Apoyo con Terapias.
2. Gestionar Trámites.
3. Publicidad.



H. XV AYUNTAMIENTO  
LOS CABOS, B.C.S.



INSTITUTO MUNICIPAL PARA EL  
**DESARROLLO E INCLUSIÓN**  
— DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD —



CONSTRUYENDO CONTIGO  
**LOS CABOS**  
— XV AYUNTAMIENTO —  
2024 - 2027

#### **V.- FUNDAMENTO LEGAL QUE FACULTA AL RESPONSABLE PARA LLEVAR A CABO EL**

**TRATAMIENTO:** Los datos personales sometidos a tratamiento, son requeridos en atención a lo dispuesto en los artículos 107, 108, 109, 112 y 113 de la Ley Orgánica del Gobierno Municipal del Estado de Baja California Sur; 1,2 fracción II ,III y IV,3 fracción II, 18, 21, 22, 23 y demás relativos y aplicables de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Baja California Sur, así como por los objetivos establecidos en el Acuerdo de Creación de este Instituto Municipal de Atención a Personas con Discapacidad de Los Cabos, Baja California Sur, aprobado en la Sesión Publica Ordinaria del Honorable Cabildo del XI Ayuntamiento de Los Cabos Baja California Sur, celebrada el día 23 de abril del 2013.

#### **VI.- MECANISMOS Y MEDIOS DISPONIBLES PARA MANIFESTAR LA NEGATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES QUE REQUIERE EL CONSENTIMIENTO DEL TITULAR.**

Los titulares de los datos personales podrán manifestar su negativo a dicho tratamiento, ya sea de manera verbal o por escrito al momento en que sean requeridos o con posterioridad una vez obtenidos, mediante escrito presentado en las oficinas de la Dirección Municipal de Transparencia Y Acceso a la Información Pública, ubicada en Carretera Transpeninsular Km. 36.4, Plaza Arámburo, Local 21, Colonia Santa Rosa, Código Postal 23428, Los Cabos Baja California Sur, o al correo electrónico institucional [transparencialoscabo@gmail.com](mailto:transparencialoscabo@gmail.com)

**NOTA.** - No obstante que no haya manifestado la negativa al tratamiento, los datos personales proporcionados serán suprimidos, previo bloqueo, una vez que hayan dejado de ser necesarios para el cumplimiento de la finalidad antes mencionada, acorde a lo dispuesto por el artículo 18 de la Ley de Protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el Estado de Baja California Sur.

VII.- MECANISMOS. MEDIOS Y PROCEDIMIENTOS DISPONIBLES PARA EJERCER LOS DERECHOS ARCO. Los titulares de los datos personales que sean sometidos a tratamiento para las finalidades expuestas en el presente aviso de privacidad integral, podrán ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición, mediante escrito que contenga los requisitos señalados en el artículo 48 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Baja California Sur, dicha solicitud de los derechos ARCO se hará ante la Unidad de Transparencia de conformidad con el Art. 47 y 48 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Baja California Sur a través de los siguientes medios:

<http://imdisloscabos.gob.mx>



H. XV AYUNTAMIENTO  
LOS CABOS, B.C.S.



INSTITUTO MUNICIPAL PARA EL  
**DESARROLLO E INCLUSIÓN**  
— DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD —



CONSTRUYENDO CONTIGO  
**LOS CABOS**  
— XV AYUNTAMIENTO —  
2024 - 2027

1. **DE MANERA DIRECTA:** En las oficinas de este Instituto en el domicilio antes señalado y/o en la sede o domicilio en donde se lleve a cabo el evento impartido por [www.transparencialoscabos@gmail.com](mailto:www.transparencialoscabos@gmail.com).
2. **POR MEDIOS ELECTRONICOS:** Al correo electrónico institucional [juridico@imdisloscabos.gob.mx](mailto:juridico@imdisloscabos.gob.mx).

**VIII.- MEDIOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE COMUNICARÁ EL CAMBIO AL AVISO DE PRIVACIDAD.** Se hace del conocimiento al público en general que los cambios que se hagan al presente aviso de privacidad integral, se harán del conocimiento a través del portal de internet institucional ubicado en la dirección web:  
[www.transparencialoscabos@gmail.com](mailto:www.transparencialoscabos@gmail.com)

EN CASO DE QUE SE REALICEN TRANSFERENCIAS DE DATOS PERSONALES QUE REQUIERAN EL CONSENTIMIENTO DEL TITULAR Y NO SE ENCUENTREN LOS SUPUESTOS SEÑALADOS, EN EL ARTÍCULO 16 Y 73 FRACCIÓN II Y V DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR, SE INFORMARÁ AL TITULAR A TRAVÉS DE LOS MEDIOS NECESARIOS QUE TENGA ESTA DIRECCIÓN:

**SE HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE SE REALIZARÁ LA TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES, PARA LOS SIGUIENTES FINES:**

1. GESTIÓN DE TRÁMITES.
2. APOYO DE TERAPIAS.
3. PUBLICIDAD.

En el Municipio de los Cabos, Baja California Sur, A \_\_\_ de \_\_\_ del 2025.





H. XV AYUNTAMIENTO  
LOS CABOS, B.C.S.



INSTITUTO MUNICIPAL PARA EL  
**DESARROLLO E INCLUSIÓN**  
— DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD —



CONSTRUYENDO CONTIGO  
**LOS CABOS**  
— XV AYUNTAMIENTO —  
2024 - 2027

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CABO SAN LUCAS, LOS CABOS BCS

IMDIS UBICADO CALLE DR. ERNESTO CHANEZ S/N ENTRE MAURICIO CASTRO Y BAJA CALIFORNIA, COLONIA AMPLIACION SANTA ROSA, SAN JOSÉ DEL CABO, LOS CABOS. B.C.S. UTILIZARÁ SUS DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES AQUÍ RECABADOS PARA SER PARTE DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA PERSONA ATENDIDA, PUEDE SER UTILIZADA O REVELADA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL. MÉDICO-HOSPITALARIOS Y DEMÁS FINES RELACIONADOS CON LA SALUD, LA CREACIÓN. ESTUDIO, ANÁLISIS, ACTUALIZACIÓN, Y CONSERVACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, ESTADÍSTICAS Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DE SALUD, CONSERVACIÓN DE REGISTROS PARA SEGUIMIENTO DE SERVICIOS, PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL FUTURO Y GENERAL PARA DAR SEGUIMIENTO A CUALQUIER RELACIÓN CONTRACTUAL.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PERSONA ATENDIDA DE NOMBRE

\_\_\_\_\_, QUE OTORGA (NOMBRE)  
\_\_\_\_\_, EN SU CARÁCTER DE RESPONSABLE DEL (LAI MENOR QUE SE IDENTIFICA CON SU CREDENCIAL DE ELECTOR, AL INSTITUTO MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO E INCLUSIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LOS CABOS.

Autorizo expresamente a "IMDIS LOS CABOS" a realizar por conducto del personal médico y/o correspondiente del "CID" la pre valoración y/o cualquier servicio integral de valoración inicial del (la) menor, así como el análisis de su historial clínico para determinar si cumple con los requisitos de admisión establecidos por "IMDIS LOS CABOS" para ser atendido(a) en el "CID". Por lo que manifiesto que he sido informado expresamente de los requisitos de admisión al "CID", consistentes principalmente en que el (la) niño (a) o joven a quien se realizara la pre valoración y/o cualquier servicio integral de valoración inicial, objeto de la presente autorización, sea menor de dieciocho años y tenga alguna discapacidad neuromusculo-esqueletica o trastorno del Neurodesarrollo.

Por este medio manifiesto de manera clara, consiente y libre que autorizo al Instituto Municipal para el Desarrollo e Inclusión de Personas con Discapacidad de Los Cabos para que por medio del Centro de inclusión y Desarrollo, se realicen todos y cada uno de los procedimientos terapéuticos que se hayan indicado y recomendado medicamente, ya sean a título gratuito u oneroso, así como los demás procedimientos de cualquier naturaleza que se arrojen en el proceder de las terapias y la libertad prescriptiva, así



H. XV AYUNTAMIENTO  
LOS CABOS, B.C.S.



INSTITUTO MUNICIPAL PARA EL  
**DESARROLLO E INCLUSIÓN**  
— DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD —



CONSTRUYENDO CONTIGO  
**LOS CABOS**  
— XV AYUNTAMIENTO —  
2024 - 2027

mismo manifiesto que se me ha informado que la atención será temporal y no permanente.

Manifiesto que me han sido explicadas las terapias y procedimientos a realizar y la forma en cómo se practicarán, entendiéndolo que una alternativa terapéutica no farmacológica para prevenir, tratar y disminuir la discapacidad física o de lenguaje, he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la valoración y tratamiento, también reconozco, acepto y declaro expresamente que en todo caso y en virtud de la naturaleza de servicio prestado que los beneficios y resultados dependen del padecimiento de origen y del diagnóstico establecido pero sobre todo lo oportuno del tratamiento.

En todo caso declaro que la información suministrada por mí para efectos de la historia clínica es verdadera y entiendo y acepto mi responsabilidad que me asiste por la omisión o manifestación errada sobre el estado de salud del menor a cargo.

He leído Y comprendido el MANUAL OPERATIVO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS DEL CENTRO DE INCLUSIÓN Y DESARROLLO, así mismo lo he recibido vía WhatsApp. por lo cual estoy consciente de los derechos y obligaciones a los que estoy sujeto como usuario.

La presente autorización se basa en la firma para constancia. en Cabo San Lucas Municipio de Los Cabos, Baja California Sur, el día \_\_\_\_\_ de 2025.

### FIRMA DE AUTORIZACIÓN

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE O PERSONA  
QUE EJERCE LA TUTORIA DE LA PERSONA ATENDIDA.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA ATENDIDA