



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Administración del Patrimonio
de la Beneficencia Pública.

2. - DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE:

(APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S))

DOMICILIO:

(CALLE

NÚMERO

COLONIA)

(DELEGACIÓN O MUNICIPIO

ENTIDAD FEDERATIVA

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO)

3. - CONSTITUCIÓN FAMILIAR:

(PERSONAS QUE HABITAN EN EL MISMO DOMICILIO)

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN	INGRESO

NÚMERO TOTAL DE MIEMBROS: _____

INGRESO TOTAL MENSUAL FAMILIAR: \$ _____

ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA
DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN SOCIAL, FIATROPIA Y EVALUACIÓN DEL IMPACTO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES Y VINCULACIÓN SOCIAL
DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y GESTIÓN CIUDADANA
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PARA PERSONAS FÍSICAS

1.- DATOS DEL BENEFICIARIO:

NOMBRE: _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE (SI) _____

DOMICILIO: _____ (CALLE) _____ (NUMERO) _____ (COLONIA) _____

DESIGNACION O MUNICIPIO _____ ENTIDAD FEDERATIVA _____ CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO) _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

(AÑO MES DÍA) _____ (LUGAR) _____

SEXO _____ EDAD _____ ESTADO CIVIL _____ CANALIZADO POR _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____ INGRESO \$ _____

APORTO EN ESPECIE:

¿CÓMO ESTUVO INFORMACION DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA PRP? _____

¿HA RECIBIDO ANTERIORMENTE APOYO DE PRP? SI _____ NO _____ FECHA _____ TIPO DE APOYO _____

DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA: OFICIO DE CANALIZACIÓN () DICTAMEN MÉDICO () ESTUDIO SOCIOECONÓMICO ()
FOTO COPIA IDENTIFICACIÓN PACIENTE () FOTOCOPIA IDENTIFICACIÓN SOLICITANTE ()
COMPROBANTE DOMICILIO () COPIA CHR2 PACIENTE ()



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Administración del Patrimonio
de la Beneficencia Pública.

4. - SITUACIÓN ECONÓMICA:

GASTO MENSUAL FAMILIAR.

ALIMENTACIÓN \$ _____ SALUD \$ _____ VIVIENDA (MANTENIMIENTO) \$ _____
EDUCACIÓN \$ _____ SERVICIOS PÚBLICOS \$ _____ OTROS: (_____) \$ _____
TRANSPORTE \$ _____ VIVIENDA (RENTA) \$ _____

TOTAL DE EGRESOS MENSUALES FAMILIARES \$ _____

5. - ALIMENTACIÓN:

DESAYUNO:

COMIDA:

CENA:

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE _____

SEXO: _____

(APELLIDO PATERNO)

EDAD _____

(APELLIDO MATERNO)

(NUMERO)

HISTORIAL CLINICO

CUADRO CLINICO: _____

DIAGNOSTICO: _____

REQUERIMIENTO DEL BIEN Y CARACTERISTICAS: _____

PRONOSTICO: _____

MEDICOS RESPONSABLES

FIRMA DEL MÉDICO ESPECIALISTA

(1) _____

(2) _____

(1) NOMBRE COMPLETO Y (2) CEDULA PROFESIONAL

Vc. Bc. DEL DIRECTOR O SUBDIRECTOR MEDICO

(1) _____

(2) _____

(1) NOMBRE COMPLETO Y (2) CEDULA PROFESIONAL

FECHA Y SELLO DE LA
INSTITUCIÓN



SALUD

MUNICIPALIDAD DE JUÁREZ

Administración del Patrimonio
de la Beneficencia Pública

AVISO DE PRIVACIDAD

Mediante el presente documento, la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, informa a todos los titulares en que serán tratados los Datos Personales que usted nos ha cedido, le informamos que los datos serán utilizados por la Beneficencia Pública, Organismo Desconcentrado de la Secretaría de Salud, con domicilio en calle Aniceto Ortega 1321, colonia del Valle, Ciudad de México, Democracia Territorial Benito Juárez, C.P. 03100, y portal de internet <http://www.benitojuarez.gob.mx>, al responsable del uso y protección de sus Datos Personales, y al respecto la información es siguiente:

¿Para qué fines utilizaremos sus Datos Personales?

Los Datos Personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias para el trámite que solicita:

- o **APOYOS EN ESPECIAL A LAS PERSONAS FÍSICAS DE ESCASOS RECURSOS SIN COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL.**
- o **Qué Datos Personales utilizaremos para estos fines?**

Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente AVISO DE PRIVACIDAD, podremos solicitarle entre otros, los siguientes Datos Personales:

• Nacionalidad	• Teléfono particular
• Fecha de nacimiento	• Teléfono celular
• Lugar de nacimiento	• Correo electrónico
• Clave única de Registro de Población (CURP)	• Firma autógrafa
• Registro Federal de Contribuyentes (RFC)	• Edad
• Estado Civil	• Fotografía
• Nombre	• Huella Digital
• Domicilio	

Además de los Datos Personales mencionados anteriormente, para las finalidades informadas en el presente AVISO DE PRIVACIDAD podremos requerirle los siguientes Datos Personales considerados como sensibles, mismos que requieren de especial protección:

• Dictamen Médico	• Dictamen post-Operativo
• Estudio Socioeconómico	• Constancia de entrega del Insumo
• Constancia de Colocación	

Con relación a esta última categoría, le informamos que los Datos Personales Sensibles que se recaban del Titular serán utilizados únicamente en forma directa, es decir en forma personal, en el entendido de que los Datos Personales Sensibles recabados, se tratarán con la finalidad exclusiva de realizar y dar seguimiento al proceso del apoyo otorgado.

Cabe aclarar que respecto de los Datos Personales que proporcione referentes a terceras personas, se presume que usted ha obtenido el consentimiento del Titular de que se trate para efectuar dicha entrega, por tanto es responsable de dicha situación.

Tratándose de Datos Personales de menores de edad y personas en estado de interdicción o incapacidad declarada, se presume que usted cuenta con la representación legal prevista en la legislación chilil que le resulte aplicable, dando esto de igual forma su responsabilidad.

¿Con quién compartimos su información personal y para qué fines?

Le informamos que sus Datos Personales podrán ser tratados para los siguientes fines:

- a) Apoyos en Especial a las Personas Físicas de escasos recursos sin cobertura de Seguridad Social;
- b) Los datos requeridos para dar cumplimiento con la información publicada en el Portal de Transparencia. Solo será publicados el nombre completo, apellidos, sexo y el monto (en pesos), del recurso, beneficio o apoyo otorgado.
- c) Informes de Labores, Programas de Trabajo y Rendición de Cuentas

A su mismo serán compartidos dentro del Territorio Nacional con los proveedores con los que esta Institución lleve a cabo el proceso de adquisición del insumo solicitado.

Se le informa que al otorgar su consentimiento para el tratamiento de sus Datos Personales, Usted autoriza a la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública a utilizarlos para la transferencia de su uso, al proveedor responsable de proporcionar el insumo solicitado.

Como parte del cumplimiento a la normatividad referente a la Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, podrán llevarse a cabo eventos donde serán tomadas fotografías, con la posibilidad de ser publicadas o difundidas por cualquier medio de comunicación, ya sea electrónica o impresa.

Otorgo mi consentimiento para la transferencia y uso de mis Datos Personales:

Nombre, Firma y/o Huella Digital

del Titular, Padre o Tutor

Mecanismo para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales (ARCO).

Usted podrá ejercer sus derechos ARCO directamente ante la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, Organismo Desconcentrado de la Secretaría de Salud, con domicilio en calle Aniceto Ortega 1321, colonia del Valle, Ciudad de México, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100 y al correo electrónico asosdelprivacidad@benitojuarez.gob.mx.

San Luis Potosí, S.L.P. a _____ de _____ de 2019

Dr. Leonardo Alfonso Verduzco Dávila
Director General de la Administración del Patrimonio
De la Beneficencia Pública.

Por medio de la presente le solicito muy atentamente su apoyo con
_____ para el (la) C.:
_____ Quien tiene _____ años
de edad y padece _____

Acudo a usted y le solicito su apoyo con _____ que el
Médico le indicó a mi _____, ya que por no contar con los
recursos necesarios, no podemos adquirirlo por nuestra cuenta.

Sin más por el momento, agradezco su atención y espero que mi petición
pueda ser atendida por su institución.

ATENTAMENTE

Nombre, firma y parentesco

San Luis Potosí, S.L.P. a _____ de _____ de 2019

Dr. Leonardo Alfonso Verduzco Dávila
Director General de la Administración del Patrimonio
De la Beneficencia Pública.

Por medio de la presente le solicito muy atentamente su apoyo con _____ que el Doctor recomendó para mi padecimiento, ya que me diagnosticaron _____ y no cuento con los recursos necesarios para comprar dicho insumo por mi cuenta.

Sin más por el momento, agradezco su atención a la presente y espero que mi petición pueda ser atendida por su institución.

ATENTAMENTE

Nombre y firma o huella del beneficiario



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Administración del Patrimonio
de la Beneficencia Pública.

NOMBRE DE LA TRABAJADORA SOCIAL:

DEPENDENCIA CANALIZADORA:

DIRECCIÓN Y TELÉFONO:

FECHA Y LUGAR DE APLICACIÓN:

(AÑO)

(MES)

(DÍA)

(LUGAR)

EVALUACIÓN GENERAL DE TRABAJO SOCIAL:

EL SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO MANIFIESTA QUE LOS DATOS ASENTADOS EN EL PRESENTE SON VERDADEROS Y ACEPTA SEAN
CORROBORADOS POR EL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO

NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL