

## **Aviso de Privacidad Integral dirigido a los Beneficiarios en Centro para el Desarrollo Integral del Cerebro Humano (CEDICH)**

El Sistema Municipal de Acapulco de Juárez para el Desarrollo Integral de la Familia, Guerrero; con domicilio en calle Rio Grande y Mercado sin número, colonia Hogar Moderno, código postal 39580; a través del Órgano de Control Interno; es el responsable del tratamiento de datos personales que nos proporcionen, los cuales serán protegidos conforme lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares; y 35, 36 y 37 de la Ley Número 466 de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Guerrero, y demás normativa que resulte aplicable.

### **¿Qué datos personales recabamos y para que fines?**

La Coordinación de Centro para el Desarrollo Integral del Cerebro Humano (C.E.D.I.C.H.) en términos del artículo 29 del Reglamento Interno del Sistema Municipal de Acapulco de Juárez para el Desarrollo Integral de la Familia DIF – ACAPULCO, dependiente de la Subdirección de Desarrollo y Bienestar Social es la unidad administrativa que brinda un sistema de rehabilitación infantil avanzado, a través de programas integrales, que incluyan la capacitación y asesoría a los padres de familia de niños con lesión cerebral, por tanto es responsable del tratamiento de los datos personales que los particulares le proporcionen al momento de presentar su solicitud.

### **Datos personales que serán sometidos a tratamientos:**

#### **I.- Curso Para Padres de Niños Con Lesión Cerebral**

##### **a) Padres:**

1. Nombre completo de padre o madre
2. Dirección
3. Teléfono
4. Edad
5. Ocupación

##### **b) Niños:**

1. Nombre completo
2. Edad
3. Diagnóstico

## II.- Terapias de Intervención Temprana, Rehabilitación neurológica, Lenguaje y Aprendizaje

### a) Padres:

1. Nombre completo de padre o madre
2. Dirección
3. Teléfono
4. Edad
5. Ocupación

### b) Niños:

1. Nombre completo
2. Edad
3. Diagnóstico

## III.- Preescolar Especializado

### a) Padres:

1. Nombre completo de padre o madre
2. Dirección
3. Teléfono

### b) Niños:

1. Nombre completo
2. Edad
3. Diagnóstico para poder aplicar la técnica de enseñanza necesaria

## Finalidades del tratamiento para las cuales se obtienen los datos personales.

### I.- Curso Para Padres de Niños Con Lesión Cerebral (Documento Fuente: Registro de Inscripción)

#### a) Padres:

1. **Nombre completo de padre o madre:** para identificar a los beneficiados con el curso
2. **Dirección:** para uso estadístico del programa

3. **Teléfono:** para comunicarnos en caso de algún aviso
4. **Edad:** para uso estadístico del programa
5. **Ocupación:** para uso estadístico del programa

b) **Niños:**

4. **Nombre completo:** para identificar a los beneficiados con el curso
5. **Edad:** para comprobar que está dentro de la edad de atención
6. **Diagnóstico:** para poder aplicar la terapia que el niño necesita

## II.- Terapias de Intervención Temprana, Rehabilitación neurológica, Lenguaje y Aprendizaje (Documento Fuente: Expedientes y Padrón de Beneficiados)

a) **Padres:**

1. **Nombre completo de padre o madre:** para identificar a los beneficiados
2. **Dirección:** para uso estadístico del programa
3. **Teléfono:** para comunicarnos en caso de algún aviso o urgencia
4. **Edad:** para uso estadístico del programa
5. **Ocupación:** para uso estadístico del programa

b) **Niños:**

4. **Nombre completo:** para identificar a los beneficiados con las terapias
5. **Edad:** para comprobar que está dentro de la edad de atención
6. **Diagnóstico:** para poder aplicar la terapia que el niño necesita

## III.- Preescolar Especializado (Documento Fuente: Registro de Inscripción)

a) **Padres:**

1. **Nombre completo de padre o madre:** para identificar a los beneficiados
2. **Dirección:** para uso estadístico del programa
3. **Teléfono:** para comunicarnos en caso de algún aviso

b) **Niños:**

4. **Nombre completo:** para identificar a los beneficiados con el preescolar
5. **Edad:** para comprobar que está dentro de la edad de atención
6. **Diagnóstico:** para poder aplicar la técnica de enseñanza necesaria



### **Transferencias de datos personales.**

Se informa que no se realizarán transferencias de datos personales que requieran su consentimiento, salvo las excepciones previstas en el artículo 93, de la Ley Número 466 de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Guerrero.

### **Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos “ARCO” (Acceso, rectificación, cancelación, oposición).**

Podrán tramitarse ante el Órgano de Control Interno del Sistema Municipal de Acapulco de Juárez para el Desarrollo Integral de la Familia, Guerrero, con domicilio en calle Rio Grande y Mercado sin número, colonia Hogar Moderno, código postal 39580, teléfono 4839812 y 4839812 extensión 127, en el correo electrónico [contraloriadifaca@gmail.com](mailto:contraloriadifaca@gmail.com)

### **Cambios al aviso de privacidad.**

Cualquier modificación al presente aviso se publicará en la liga electrónica:

<http://www.difacapulco.gob.mx/transparencia/AvisosPrivacidad>