

AVISO DE PRIVACIDAD

Declaratoria Síntomas COVID-19 Menores de Edad



La Universidad La Salle Nezahualcóyotl, A.C., con domicilio ubicado en Av. Bordo de Xochiaca, Lote 3-2B, Esq. con Av. Adolfo López Mateos, Colonia Tamaulipas, C.P. 57300, Nezahualcóyotl, Estado de México; es responsable del tratamiento de sus datos personales en términos de lo establecido por el artículo 3º fracción XIV de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP). Los datos personales generales y sensibles (síntomatología relacionada con la enfermedad COVID-19), recabados en esta declaratoria serán utilizados para las siguientes finalidades: identificación y poder brindarle una primera atención a su hijo(a) a través del Área de Promoción de la Salud en caso de que presente síntomas de dicha enfermedad. Por esta razón y en cumplimiento con lo dispuesto por el artículo 9º de la LFPDPPP, le informamos que para recabar y tratar sus datos personales sensibles en los términos señalados en este aviso de privacidad, es preciso contar con su consentimiento expreso, por lo que como representante legal del(de la) menor, en términos del artículo 425 del Código Civil Federal, le solicitamos nos indique en la siguiente cláusula si acepta o no el tratamiento de dichos datos, en el entendido de que su consentimiento es necesario para poder permitirle el acceso a nuestras instalaciones y/o exhortarle a que acuda a realizarse una prueba de COVID-19 (si es un caso sospechoso), a fin de evitar contagios y para prevenir o contener la propagación.

Anotar (Sí o No) ____ Consiento y autorizo que los datos personales sensibles de mi hijo(a) o pupilo(a) sean tratados en los términos previstos en el presente Aviso.

| | |
|---------------------------------|--|
| Nombre del alumno(a): | |
| Nombre del padre/madre o tutor: | |
| Firma del padre/madre o tutor: | |
| Fecha: | |

Si desea ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición (ARCO) o revocar su consentimiento, puede contactar a nuestra Oficina de Privacidad vía correo electrónico en: oficinaprivacidad@ulsaneza.edu.mx. Nuestro Aviso de Privacidad Integral se encuentra disponible en el sitio web de la Universidad en: www.ulsaneza.edu.mx.

| | |
|-----------------------|--|
| Nombre del alumno(a): | |
| Programa: | |
| Semestre: | |

CARTA DECLATORIA DE NO PRESENTAR SÍNTOMAS DE COVID-19

Menores de Edad

Para llenado por el Padre/Madre/Tutor del alumno(a)

Declaro que mi hijo no ha presentado en las últimas 48 horas dos o más síntomas relacionados con la enfermedad denominada COVID-19 y que no ha tenido contacto con alguna persona con sospecha de dicha enfermedad provocada por el SARS-CoV-2.

INDICADORES DE SÍNTOMAS

| | | |
|--|----|----|
| Fiebre | SI | NO |
| Dolor de cabeza | SI | NO |
| Falta el aire o dificultad para respirar | SI | NO |
| Dolor de estómago | SI | NO |
| Diarrea | SI | NO |
| Tos seca | SI | NO |
| Dolor de cuerpo (espalda y pecho) | SI | NO |
| Malestar generalizado | SI | NO |
| Escurrimiento nasal | SI | NO |
| Dolor de garganta | SI | NO |
| Dedos color azul o morados | SI | NO |
| Pérdida del olfato o el gusto | SI | NO |