Aviso de Privacidad Integral para Participantes del Proyecto "Mujeres fuertes, Comunidades fuertes: Cerrando la brecha de acceso a la atención de la menopausia en Iztapalapa"

Última actualización: agosto de 2026

De conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, su Reglamento y demás disposiciones aplicables (en su conjunto, la "Regulación de Datos Personales"), te informamos lo siguiente:

¿Quiénes somos?

MUJERES SIN REGLAS, ASOCIACIÓN CIVIL (en adelante, la "Responsable"), con domicilio para oír y recibir notificaciones en Campos Elíseos 53, Col. Bosques de Chapultepec I Sección, C.P. 11580, Ciudad de México, es responsable del tratamiento de los datos personales de las personas titulares señaladas en este aviso, en el contexto del proyecto "Mujeres fuertes, Comunidades fuertes: Cerrando la brecha de acceso a la atención de la menopausia en Iztapalapa", un programa de salud comunitaria enfocado en menopausia, tamizaje de salud y bienestar integral de mujeres de 40 a 55 años en la Alcaldía Iztapalapa, Ciudad de México.

¿A quién está dirigido este aviso de privacidad?

Este aviso de privacidad está dirigido a las siguientes personas titulares:

a) Mujeres participantes de las jornadas de salud (en adelante, las "Participantes");
b) Personas que acompañen a las Participantes y participen en las actividades de las jornadas de salud (en adelante, las "Personas Acompañantes");
c) Personas que colaboren como promotoras comunitarias, voluntarias o personal de apoyo en las jornadas de salud (en adelante, las "Personas Colaboradoras").

Este aviso de privacidad aplica exclusivamente al proyecto "Mujeres fuertes, Comunidades fuertes: Cerrando la brecha de acceso a la atención de la menopausia en Iztapalapa" y no cubre ningún otro tratamiento de datos personales realizado de manera independiente por la Responsable.

¿Qué datos personales vamos a obtener?

Durante el pre-registro, el registro en la jornada de salud y las actividades de seguimiento del proyecto, recabaremos los siguientes datos personales, según corresponda a cada persona titular:

- Datos de identificación: nombre completo, edad, género y dirección.
- Datos de contacto: número de teléfono y/o usuario de WhatsApp.

¿Qué datos personales sensibles vamos a obtener?

Conforme a la Regulación de Datos Personales, trataremos como datos personales sensibles los datos relativos al estado de salud presente. Así, trataremos los siguientes datos solo con el consentimiento expreso de la Persona Titular.

- Datos físicos: estatura, peso, índice de masa corporal
- Datos sobre tu estado de salud: salud ginecológica y reproductiva, salud cardiovascular, salud mental y emocional, salud del sueño, síntomas físicos generales, síntomas vasomotores, salud sexual, salud urológica.
- Datos sobre tus hábitos: alimentación, sueño, estrés, actividad física, exposición a la luz natural y artificial.
- Datos de tamizaje obtenidos durante la jornada: resultados de mastografía y evaluación de salud mental y emocional.
- Datos de seguimiento: resultados de laboratorio, canalización a especialistas y adherencia a citas, en los casos que resulte aplicable.

Asimismo, trataremos la huella de la Participante, únicamente cuando no pueda o no sepa firmar.

Es importante que sepas que tu participación es voluntaria. Los datos para asignar tu grupo de atención, sede y turno, realizar la jornada y dar seguimiento a las canalizaciones se requieren para esas finalidades conforme se describe en los siguientes párrafos. Recibir información de salud y recordatorios por WhatsApp o medios similares es opcional y solo se hará con tu autorización.

¿Para qué vamos a usar los datos personales y datos personales sensibles?

Fines necesarios: Usaremos los datos personales y datos personales sensibles para las siguientes finalidades necesarias y directamente relacionadas con la organización, atención y seguimiento de las jornadas de salud:

- Validar el pre-registro y asignar el grupo de atención, la sede y el turno.
- Realizar tamizajes de salud (peso, talla, presión arterial y glucosa) durante la jornada.
- Programar y realizar estudios de mastografía.
- Aplicar el Menotest (evaluación de síntomas de menopausia) y generar sus resultados.
- Canalizar a las Participantes con especialistas, según sus resultados.
- Coordinar la entrega de resultados de laboratorio y mastografía, en los casos que resulte aplicable.
- Dar seguimiento a citas y canalizaciones, incluida la verificación de asistencia a las citas referidas, en los casos que resulte aplicable.
- Generar datos estadísticos y reportes de impacto del programa, incluidos reportes agregados sobre las necesidades e intereses de las Participantes, sin que involucren datos que las identifiquen o permitan identificarlas.
- Cumplir con las obligaciones legales o regulatorias aplicables.

Fines no necesarios (opcionales): Con tu autorización previa, podremos enviarte información de salud, recordatorios y comunicaciones relacionadas con el proyecto o bien futuros proyectos, jornadas o fines publicitarios de la Responsable.. Puedes no autorizar estos mensajes o retirar tu autorización en cualquier momento.

¿Con quién compartiremos los datos personales?

Los datos personales se compartirán únicamente cuando sea necesario para las finalidades descritas en este aviso. Las personas que participen en el tratamiento deberán guardar confidencialidad.

- Con el equipo de salud, las promotoras comunitarias, las personas voluntarias y el personal de apoyo que participen en las jornadas, para organizar la atención y realizar los tamizajes. Todas estas personas estarán obligadas a guardar confidencialidad.
- Con la jurisdicción sanitaria correspondiente, para la canalización y el seguimiento médico.
- Con especialistas de salud con quienes se canalice a la Participante, para su valoración y atención.
- Con proveedores de servicios de mastografía y laboratorio clínico, para realizar los estudios y entregar los resultados.
- Con Tecnología, Salud y Bienestar, S.A.P.I. de C.V. ("Sin Reglas") en su calidad del encargado, para la realización del Menotest.
- Con autoridades competentes, cuando la ley lo exija o cuando sea necesario para atender un requerimiento legal.
- Las transferencias se limitarán a los datos necesarios para cada finalidad. Cuando una transferencia requiera tu consentimiento, te lo solicitaremos previamente; las transferencias permitidas por la ley podrán realizarse sin ese consentimiento.

No compartiremos los datos personales con terceros para fines comerciales o publicitarios.

¿Cuáles son los derechos que tienes sobre tus datos? (Derechos ARCO)

La Regulación de Datos Personales te da derechos para decidir sobre tus datos personales. Se conocen como "Derechos ARCO" y significan lo siguiente:

- Derecho de Acceso: puedes saber qué datos personales tiene la Responsable sobre ti y solicitar una copia.
- Derecho de Rectificación: si alguno de tus datos personales es incorrecto, está incompleto o no está actualizado, puedes pedir que lo corrijamos o actualicemos.
- Derecho de Cancelación: puedes pedir que eliminemos tus datos personales cuando ya no sean necesarios para las finalidades para las que fueron recabados, cuando legalmente proceda.
- Derecho de Oposición: puedes pedir que dejemos de usar tus datos personales para una finalidad específica, cuando legalmente proceda.

Para ejercer cualquiera de estos derechos, envía una solicitud por escrito al correo electrónico mujeressinreglasac@gmail.com. También puedes pedir orientación al personal de la Responsable en la sede comunitaria donde se realice la jornada. En la solicitud deberás incluir:

1. Tu nombre completo y un medio para recibir respuesta, por ejemplo, tu correo electrónico, teléfono o domicilio.
2. Una descripción clara del derecho ARCO que deseas ejercer y de los datos personales involucrados.
3. Un documento que acredite tu identidad y, en su caso, la personalidad e identidad de quien te represente.
4. Cualquier otro dato o documento que facilite la localización de los datos personales que buscas.

Te comunicaremos la determinación en un plazo máximo de veinte días hábiles contados desde la recepción de tu solicitud. Si resulta procedente, haremos efectivo el derecho solicitado dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que te comuniquemos la respuesta. La respuesta se enviará por el medio que indiques en tu solicitud. Para el derecho de acceso, podrás recibir los datos en copias simples, documentos electrónicos u otro medio que acuerdes con la Responsable, una vez acreditada tu identidad. Estos plazos podrán ampliarse una sola vez por un periodo igual cuando exista causa justificada.

Derechos adicionales

Además de los Derechos ARCO, puedes (i) limitar el uso o la divulgación de tus datos personales y (ii) retirar el consentimiento que hayas otorgado para el tratamiento de tus datos personales sensibles o para recibir información de salud y recordatorios por WhatsApp, en la medida en que la Regulación de Datos Personales lo permita. Para hacerlo, escribe a mujeressinreglasac@gmail.com o comunícalo al personal de la Responsable en la jornada. Indica tu nombre, el medio para recibir respuesta y qué uso, divulgación o consentimiento deseas limitar o retirar. Te responderemos por el medio que indiques en un plazo máximo de veinte días hábiles.

Si la revocación resulta procedente, dejaremos de tratar los datos para la finalidad correspondiente, sin efectos retroactivos, salvo que exista una obligación legal o una excepción aplicable.

Puedes rechazar o dejar de recibir información de salud, recordatorios o comunicaciones por WhatsApp o medios similares en cualquier momento. Si retiras esa autorización, dejaremos de enviarte esas comunicaciones y tu decisión no afectará tu participación en la jornada ni la atención de salud que recibas.

Si tienes dudas sobre este aviso, el tratamiento de tus datos o el ejercicio de tus derechos, contáctanos en mujeressinreglasac@gmail.com o pide orientación en la sede comunitaria donde se realice la jornada.

¿Qué pasa si hacemos cambios a este aviso de privacidad?

Si hacemos cambios a este aviso de privacidad, los comunicaremos a través de los grupos de WhatsApp del proyecto o por los medios disponibles en donde se desarrollen las jornadas. Cuando un cambio implique nuevas finalidades, nuevos datos personales sensibles o nuevas transferencias que requieran consentimiento, pondremos a tu disposición un nuevo aviso de privacidad y solicitaremos el consentimiento correspondiente.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo, _____
(nombre completo de la Participante), con domicilio en
_____,
manifiesto que:

1. He leído y comprendido el Aviso de Privacidad Integral del proyecto "Mujeres fuertes, Comunidades fuertes: Cerrando la brecha de acceso a la atención de la menopausia en Iztapalapa" de Mujeres Sin Reglas, A.C. (la "Responsable") con domicilio para oír y recibir notificaciones en Campos Elíseos 53, Col. Bosques de Chapultepec I Sección, C.P. 11580, Ciudad de México, puesto a mi disposición previo al tratamiento de mis datos, mismo que se encuentra disponible en: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdXr0g07TLxzXYGZnRGDkNmJRJHXYSeIigREO05eGFtOwRM3A/viewform?pli=1
2. Estoy informada de que la Responsable recabará y tratará los datos personales y **datos personales sensibles** conforme lo dispuesto en el mismo y para las finalidades que se describen.
3. Conozco mis derechos ARCO y los mecanismos para ejercerlos, así como mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento, sin efectos retroactivos, conforme al procedimiento descrito en el Aviso de Privacidad.

Asimismo, con base en lo anterior, manifiesto que:

☐ **Sí acepto** que mis datos personales sean transferidos a los proveedores de servicios de mastografía y laboratorio clínico para la realización de estudios y entrega de resultados, así como Sin Reglas para la realización del Menotest, en los términos descritos en este aviso de privacidad.

☐ **No acepto** la transferencia de mis datos personales a los proveedores señalados.

Las transferencias se limitarán a los datos estrictamente necesarios para cada finalidad. Si no marcas ninguna casilla o marcas la negativa, no se realizarán las transferencias que requieren tu consentimiento; sin embargo, esto podría impedir la realización de los estudios de mastografía y laboratorio correspondientes.

Autorización para comunicaciones opcionales:

☐ **Sí autorizo** recibir información de salud, recordatorios y comunicaciones relacionadas con el proyecto a través de WhatsApp o medios similares.

☐ **No autorizo** recibir dichas comunicaciones.

Por lo anterior, otorgo mi consentimiento expreso y por escrito para el tratamiento de mis datos personales y datos personales sensibles en los términos descritos. Firma: _____

Nombre completo: _____

Fecha: _____

Lugar: _____

En caso de que la Participante no pueda o no sepa firmar, se recabará su huella dactilar en el espacio destinado a la firma, en presencia de dos testigos:

Huella dactilar: ☐ (espacio para huella)

Testigo 1: Nombre: _____

Firma: _____

Testigo 2: Nombre: _____

Firma: _____

Carta Autorización de Uso de Imagen

Por medio del presente documento, declarando que soy mayor de edad y que tengo plena capacidad para obligarme, otorgo voluntariamente a **Mujeres Sin Reglas A.C.** y **Tecnología, Salud y Bienestar S.A.P.I. de C.V.** (en lo sucesivo, los "Titulares") una autorización expresa, irrevocable y tan amplia como se requiera para llevar a cabo el Proyecto (según se define más adelante), y sus fines de difusión relacionados, para (i) grabar, fotografiar, representar y/o retratar mi persona y/o mi voz; y (ii) utilizar mi imagen, voz, apariencia, retrato, nombre, experiencias personales, entrevistas, así como cualquier otra manifestación de mi persona, ya sea en forma individual, conjunta o a través de terceros autorizados por los Titulares, incluyendo sin limitación, la Alcaldía Iztapalapa y sociedades parte del grupo Organon LLC, en cualquier tipo de material audiovisual, gráfico o escrito, existente o por crearse, sin limitación de tiempo o territorio y por cualquier medio, siempre que dicho uso se realice en un marco de respeto y dignidad de las personas.

Esta autorización incluye, de manera enunciativa mas no limitativa, la grabación, fotografía, reproducción, edición, publicación, distribución, comunicación al público, puesta a disposición y cualquier otra forma de explotación de mi imagen, voz, apariencia, retrato, nombre y/o entrevistas, en campañas publicitarias, promocionales, de difusión,

testimoniales y de cualquier otro tipo, relacionadas con el proyecto **"Mujeres fuertes, comunidades fuertes: Cerrando la brecha de acceso a la atención de la menopausia en Iztapalapa"** (el cual, de manera general, consiste en la organización, implementación y desarrollo de jornadas de salud dirigidas a mujeres, en materia de perimenopausia, menopausia y climaterio) (el "Proyecto"), a través de cualquier medio o plataforma, incluyendo, pero sin limitarse a, televisión, radio, internet y redes sociales como Facebook, Instagram, TikTok, YouTube y LinkedIn, tanto a nivel nacional como internacional.

Asimismo, únicamente para los fines del Proyecto, autorizo expresamente a los Titulares y a los terceros que estos designen o autoricen (incluyendo la Alcaldía Iztapalapa y las sociedades del grupo Organon, en su carácter de aliados y/o patrocinadores del Proyecto) a utilizar mi imagen, voz y nombre en cualquier formato, versión o adaptación de los materiales mencionados y en cualquier idioma, incluyendo, pero sin limitarse a, fotografías, videos, *reels*, tutoriales y cualquier otra herramienta de publicación que exista o pueda existir en el futuro.

Declaro que esta autorización se otorga de manera voluntaria, gratuita y sin más limitaciones que las aquí establecidas, y que los Titulares y los terceros autorizados por estos tienen plena libertad para utilizar, editar, modificar y difundir el material en cuestión, sin necesidad de mi aprobación previa respecto del contenido específico de cada publicación, siempre que se persigan los fines del Proyecto, las condiciones pactadas en la presente carta y el aviso de privacidad que me fue proporcionado. Renuncio a cualquier derecho de inspección o aprobación de los materiales resultantes del ejercicio de la autorización que otorgo mediante la presente, así como a cualquier derecho de remuneración o compensación económica por el uso de mi imagen, retrato, apariencia, voz y nombre, o por cualquier otro derecho dentro del alcance de esta autorización.

Manifiesto que, al firmar la presente carta, entiendo los alcances de la misma, así como de las autorizaciones que otorgo en favor de los Titulares, por tanto, declaro que no obra error, dolo o mala fe de ninguna de las partes, y que mi consentimiento se otorga de manera libre e informada.

En la Ciudad de México, México, a la fecha de su celebración.

_____

Nombre completo:
Teléfono o correo electrónico de contacto:
Fecha: