

## A. Aviso de Privacidad Integral

En cumplimiento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en adelante "la Ley").

### 1. Identidad y domicilio del responsable

**Rafael Sánchez Zebadúa y/o Laboratorio de Análisis Clínicos ROVISAN (en adelante ROVISAN)**, con oficinas centrales ubicadas en el domicilio Av. Central Poniente No. 1480, Col. Moctezuma, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; es responsable del uso y protección de los datos personales de clientes (titulares y/o tutores), médicos, prestadores de servicio social o prácticas profesionales, empleados y proveedores con quienes mantiene relación comercial y al respecto les informamos lo siguiente:

### 2. Finalidades del tratamiento

Sus datos personales podrán ser tratados para las siguientes finalidades primarias:

#### A. **Clientes:** Cotizar, facturar, analizar y entregar resultados de análisis clínicos.

- **En las especialidades de:** Hematología, Química Clínica, Urianálisis, Inmunología, Parasitología, Bacteriología.
- **De los perfiles:** Adolescente femenino, Adolescente Hombre, Andrógenos, Antinucleares, Básico, Bioquímico, Bioquímico de 12 elementos, Bioquímico de 13 elementos, Bioquímico de 24 elementos, Bioquímico de 25 elementos, Bioquímico de 28 elementos, Cardíaco, Cardio pulmonar, Catecolaminas Totales en orina, Climatérico, Coprológico (adenovirus), Coprológico (rotavirus), Lupus, Ac. Toxocara Canis, Alergias Asma/sibilancias, Alergias digestivas (0-6 meses), Alergias digestivas (6 - 2 Años), Alergias eccema (1 - 4 Años), Alergias inhalables, Alergias rinitis (1 - 3 Años), Alergias rinitis escolar/adulto estacional, Alergias rinitis escolar/adulto perenne, Anemias, Anticuerpos Anti-echinococcus(igg,igm,ige) de autoinmunidad, Catecolaminas (orina de 24 horas), Catecolaminas en plasma, Catecolaminas sérica, Donador, Donador (2), Donador (3), Donador (4), de Drogas iii, Embarazo, Fosfatasa Ácida, Función para Tiroidea (óseo), Hepatitis "b", Hipertensión i, Hirsutismo, Inmunoglobulinas (ige,iga, igg e igm), Lípidos, Osteoporosis (metabolismo óseo), Tendencia hemorrágica, Torch iii Completo, Torch (anticuerpos igm, Torch (toxoplasma y citomegalovirus), Torch de líquido cefalorraquídeo, Torch i (anticuerpos igg), diabetico1, diabetico2, ginecológico, Hepático (i), Hipofisario, Hormonal femenino, Hormonal masculino i, Hormonal masculino ii, Inmune (lupus),

Metabólico, Mineral, Pancreático, Paratiroideo, Prenatal, Prenupcial, Preoperatorio, Próstata ii, Renal, Reumático, Suprarrenal, Testicular, Tiroideo, Tiroideo neonatal, Toxémico (preclamsia), Toxicológico, Toxicológico (7), Toxicológico de 3 elementos, Tumoral de ovario, Electrolitos, Tamiz de Glucosa, Tamiz Más, Rovitest Masculino y Rovitest Femenino.

- **Estudios Especializados:** Carga Viral de VIH, Provirus y conteo de Linfocitos CD4/CD8, Estudios de Citogenética, Antidoping, Formato de Duo Test, AFP EXPERT, Cadena de Custodia (Determinación de Paternidad), Detección Influenza A(H1N1), Tamiz Más y Tamiz Metabólico NeoNatal, Phadiatop (adulto), Phadiatop (infantil), Tamiz Auditivo, Gene Test
- B. **Médicos:** Establecer canales de comunicación eficaces y seguros para proporcionarles de manera sencilla los resultados de los clientes que así nos lo requieren.
- C. **Prestadores del servicio social o prácticas profesionales:** Informar a la Institución Educativa sobre el cumplimiento del programa de trabajo acordado, así como de la asistencia y desempeño del estudiante.
- D. **Empleados:** Atender las obligaciones establecidas en el contrato laboral, así como por las leyes y autoridades en materia laboral. Además atender las obligaciones establecidas a este tipo de establecimientos por las autoridades sanitarias.
- E. **Proveedores:** Solicitar la cotización, compra, recepción y facturación de bienes y servicios.

De todas las personas que se presenten en nuestras oficinas se colectarán imágenes por medio del sistema de video vigilancia instalado en la matriz y sucursales, como medida de seguridad de las instalaciones de ROVISAN.

**De los Clientes y Médicos,** sus datos personales podrán ser tratados para las siguientes finalidades secundarias:

- a. Conocer sus opiniones sobre la calidad y satisfacción de nuestros servicios.
- b. Recibir promociones de nuevos servicios, tarjetas de fidelidad, ofertas y descuentos.
- c. Registrar su participación en conferencias, exposiciones o capacitaciones realizadas por ROVISAN.
- d. Expedir constancias, certificados, diplomas e invitaciones.

- e. Difundir imágenes o videos de las actividades realizadas o patrocinadas por la empresa.

**De los Empleados, Proveedores y Prestadores del servicio social o prácticas profesionales, sus datos personales no serán tratados para otras finalidades.**

### 3. Mecanismos para negativa de finalidades secundarias o accesorias

**Los Clientes y Médicos** podrán manifestar su negativa al tratamiento de datos para las finalidades secundarias señaladas, al:

- a. Omitir el llenado de los datos que considere en la encuesta de calidad.
- b. Señalar en la encuesta su negativa a recibir nuestras promociones.
- c. Llenar el campo de nombre con la etiqueta de INVITADO en el registro de participación, pero acreditando su personalidad, por medidas de seguridad.
- d. Manteniendo su distancia de las áreas de toma de fotos y videos en los eventos.
- e. Por medio del ejercicio de sus derechos ARCO.

La negativa para el uso de sus datos personales para estas finalidades no será motivo para negar los servicios que el Laboratorio ofrece.

Reiteramos que esta empresa no realiza tratamiento de datos personales de sus **Empleados, Proveedores, así como de Prestadores del servicio social o prácticas profesionales** para finalidades secundarias o accesorias.

### 4. Datos personales tratados

Para las finalidades mencionadas podemos recabar sus datos personales a través de:

- 🕒 Escritos, teléfono, fax o correo electrónico.
- 🕒 Formato de solicitud de servicios, estudios, perfiles o análisis clínicos del laboratorio.
- 🕒 Formularios en la página WEB
- 🕒 Encuestas de opinión.
- 🕒 Solicitud de empleo de la empresa.
- 🕒 Cámaras de video vigilancia.
- 🕒 Fuentes de acceso público.

**Los datos recabados para las finalidades primarias son:**

- ⌚ **Los datos obligatorios de los clientes son:** Estudios Solicitados, Fecha de toma de muestra, Nombre (Paciente), Edad, Sexo, Teléfono, Médico Tratante, Firma (Consentimiento del titular / de confirmación de datos).
- ⌚ **Los datos opcionales para esta misma finalidad son:** Domicilio, Medicamentos utilizados o tomados (nombre y dosis), Fecha de Nacimiento, Estatura (talla), Nombre de la Madre, Nombre de quien toma la muestra, Peso actual, Diabetes Mellitus (I/II), Factor RH de la Madre, Factor RH del Papá, Fecha de nacimiento de la Mamá, Fecha de última menstruación, Fecha de último ultrasonido, Gestación múltiple (sí/no, doble, triple), Grupo Sanguíneo de la Madre, Grupo Sanguíneo del Papá, Hora de Nacimiento, Hora de toma de muestra, La madre ¿ha tomado hormonas tiroideas?, LCC (38-84 mm y semanas), Motivo de estudio o diagnóstico, Muestra inicial, Muestra tomada en, No. De Muestra, Nombre del Papá, Número de Clave, Número de ficha anterior, Número de Folio, Número de gestas (Partos /Cesáreas /Perdidas), Pediatra, Producto único (especifique), Raza (Hispana-Latina / Caucásica-Sajona / Negra / Otra), Semanas de embarazo, Semanas de gestación, Tipo de parto, Transfusiones, Alimentación, Antecedentes familiares de Defectos Congénitos, Anticoagulante (Heparina de Sodio / Otro), Bebidas alcohólicas. ¿Consumo? No/A veces/Frecuentemente, Cita, Clasificación, Clave de Acceso, Código Postal (Fiscal), Contraseña, Defecto congénito, Diabetes Gestacional /TX, Diagnóstico, Diámetro Biparietal, Domicilio (Fiscal), El Hijo(a) ¿ha recibido sangre o trasplanté en los últimos 90 días?, El paciente ¿tuvo contacto con una persona con influenza?, El Supuesto Padre ¿ha recibido sangre o trasplante en los últimos 90 días?, E-Mail, Empresa, En las últimas 24 horas ha presentado fiebre?, En las últimas 48 horas ha presentado fiebre, diarrea o gripe?, Enviar (al Médico /al Paciente), Espécimen (Sangre periférica /Médula ósea), Estado (Fiscal), Factor RH, Fecha de Detección de la Infección, Fecha de inicio de síntomas, Fecha de inicio de tratamiento actual, Fecha de nacimiento de Hijo(a), Fecha de toma de muestra de la Madre, Fecha de toma de muestra del Padre, Fecha de última transfusión sanguínea?, Fecha de último análisis de carga viral, Fecha de último conteo de linfocitos, Fecha reciente en que haya sido vacunado, Firma de la Madre, Firma de quien toma la muestra, Firma de testigo 1, Firma de testigo 2, Firma del Padre, Folio de Credencial de elector de la Madre, Folio de Credencial de elector del Padre, Frecuencia cardiaca fetal, Ginecólogo, Grupo Sanguíneo, Ha recibido recientemente transfusiones sanguíneas?, Hijo previo con Cromosomopatía, Huella digital de la Madre, Huella digital del Hijo(a), Huella digital del paciente, Huella digital del supuesto Padre, La Madre ¿ha recibido sangre o trasplante en los últimos 90 días?, Lugar, Marcadores Bioquímicos Anormales, , Médico Tratante (Dirección), Médico Tratante (Teléfono y Fax), No. De IFE, Nombre de testigo 1, Nombre de testigo

2, Nombre del Hijo(a), Nombre del supuesto padre, Número de expediente, Número de Kits, Observaciones, Otros medicamentos que esté tomando, Padece actualmente padece otra enfermedad, Padece Enfermedad Crónica, Parentesco, Persona que solicita, Peso al nacer, Peso de la madre durante el embarazo (inicio y final), Población (Fiscal), Porcentaje de descuento, Presencia de hueso nasal (si/no), Primera muestra, Procedencia, Procedencia (Empresa o Institución que deriva al paciente o la muestra), Razón Social, Repetición, Resultado de último análisis de carga viral, Resultado de último conteo de linfocitos, RFC, Sexo Hijo(a), Tabaquismo (Si/No), Talla de la Madre, Tipo de Muestra, Tipo de síntomas, Translucencia nugal, Urgente, USG Anormal (especificar), Veces en las que ha omitido la toma de antivirales en las últimas 4 semanas, Visitó alguna ciudad con casos confirmados de AH1N1.

- ⌚ **Los datos de los Médicos son:** Nombre, Domicilio de Consultorio, Teléfono consultorio, Especialidad, Horario de atención, E-Mail. **Los datos opcionales para esta misma finalidad son:** Celular, Mes de nacimiento, Cuenta de Facebook, Cuenta de Twitter.
- ⌚ **Los datos obligatorios de los Prestadores del servicio social o prácticas profesionales son:** Nombre, Matrícula, Nombre del Plan de Estudios o materia, Firma autógrafa, así como los exámenes médicos realizados por las autoridades sanitarias (en el caso de realizar sus prácticas en el área de Laboratorio). **Los datos opcionales para esta misma finalidad son:** Teléfono, Celular y cuenta de Correo electrónico.
- ⌚ **Los datos del Personal son:**
  - **Datos Generales Obligatorios:** Nombre, Domicilio, Clave Única de Registro de Población, Registro Federal de Contribuyentes, Fecha de Nacimiento, Sexo, Nacionalidad, Estado civil y Firma autógrafa.
  - **Experiencia Laboral:** Nombre y teléfono de la Empresa en la que laboró, fecha de inicio del empleo, fecha de baja o fin del Empleo, Puesto o cargo desempeñado, Funciones realizadas, Motivos de la separación.
  - Profesión, No. De Cedula Profesional, Teléfono, Celular, Cuenta de Correo Electrónico, Fotos e imágenes de video.
  - **Otros datos opcionales:** Celular, Teléfono de casa, E-mail, Grado Máximo de Estudios, Especialidad, Certificado o Número de cédula profesional, No. de Seguridad Social, No. de Crédito FONACOT, No. de Crédito INFONAVIT, No. Licencia de manejo, Tipo de licencia, ¿Tiene la obligación de otorgar Pensión alimenticia? (Si/No).

- **Documentos presentados en original para su cotejo:** Identificación oficial, Comprobante de domicilio, Certificado de estudios y CURP
- 🕒 **Los datos de los Proveedores son:** Los datos recabados de las personas físicas y morales con quienes se mantiene una relación comercial para las finalidades primarias son: Los especificados en el artículo 5 del Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

**Los datos opcionales recabados para las finalidades secundarias:**

**De los médicos y clientes se colectan con el consentimiento tácito de los mismos:** Nombre, cuentas de correo electrónico, Firma y Fotos.

**De los prestadores del servicio social o prácticas profesionales, empleados y proveedores, ROVISAN no colecta datos,** realiza tratamiento de datos personales de estas personas para finalidades secundarias.

**5. Datos personales sensibles tratados**

**ROVISAN** realiza tratamiento de datos sensibles de sus clientes al obtener y resguardar los datos que resultan del Análisis Clínico solicitado y al informar de su resultado al titular de los mismos y al otorgar acceso a dichos resultados a aquellos médicos que el titular ha señalado en la solicitud de servicios.

De los datos recabados de los clientes para las finalidades primarias, son considerados sensibles los siguientes datos:

- 🕒 **De salud:** Alimentación, Antecedentes familiares de Defectos Congénitos, Anticoagulante (Heparina de Sodio / Otro), Bebidas alcohólicas. ¿Consumo? No/A veces/ Frecuentemente, Defecto congénito, Diabetes Gestacional /TX, Diabetes Mellitus (I/II), Diagnóstico, Diámetro Biparietal, El Hijo(a) ¿ha recibido sangre o trasplante en los últimos 90 días?, El paciente ¿tuvo contacto con una persona con influenza?, El Supuesto Padre ¿ha recibido sangre o trasplante en los últimos 90 días?, En las últimas 24 horas ha presentado fiebre?, En las últimas 48 horas ha presentado fiebre, diarrea o gripe?, Enviar (al Médico /al Paciente), Espécimen (Sangre periférica /Médula ósea), Factor RH, Factor RH de la Madre, Factor RH del Papá, Fecha de Detección de la Infección, Fecha de inicio de síntomas, Fecha de inicio de tratamiento actual, Fecha de nacimiento de Hijo(a), Fecha de nacimiento de la Mamá, Fecha de última menstruación, Fecha de última transfusión sanguínea?, Fecha de último análisis de carga viral, Fecha de último conteo de linfocitos, Fecha de último ultrasonido, Fecha reciente en que haya sido vacunado, Frecuencia cardíaca fetal, Gestación múltiple (si/no, doble, triple), Ginecólogo, Grupo Sanguíneo, Grupo Sanguíneo

de la Madre, Grupo Sanguíneo del Papá, Ha recibido recientemente transfusiones sanguíneas?, Hijo previo con Cromosomopatía, Hora de Nacimiento, La Madre ¿ha recibido sangre o trasplante en los últimos 90 días?, La madre ¿ha tomado hormonas tiroideas?, LCC (38-84 mm y semanas), Marcadores Bioquímicos Anormales, Medicamentos utilizados o tomados (nombre y dosis), Motivo de estudio o diagnóstico, Muestra inicial, Muestra tomada en, No. De Muestra, Número de gestas (Partos /Cesáreas /Perdidas), Observaciones, Otros medicamentos que esté tomando, Padece actualmente padece otra enfermedad, Padece Enfermedad Crónica, Pediatra, Peso al nacer, Peso de la madre durante el embarazo (inicio y final), Presencia de hueso nasal (si/no), Primera muestra, Producto único (especifique), Repetición, Resultado de último análisis de carga viral, Resultado de último conteo de linfocitos, Semanas de embarazo, Semanas de gestación, Tabaquismo (Si/No), Talla de la Madre, Tipo de Muestra, Tipo de parto, Tipo de síntomas, Transfusiones, Translucencia nucal, USG Anormal (especificar), Veces en las que ha omitido la toma de antivirales en las últimas 4 semanas, Visitó alguna ciudad con casos confirmados de AH1N1.

También son datos sensibles los que resulten del análisis clínico solicitado de las muestras recabadas.

- ⌚ **Biométricos:** Huella digital de la Madre, Huella digital del Hijo(a), Huella digital del paciente y Huella digital del supuesto Padre.
- ⌚ **Confidenciales:** Fecha de toma de muestra de la Madre, Fecha de toma de muestra del Padre, Firma de testigo 1, Firma de testigo 2, Nombre de testigo 1, Nombre de testigo 2 y Nombre del supuesto padre.
- ⌚ **Raciales:** Raza (Hispana-Latina / Caucásica-Sajona / Negra / Otra).

Por tratarse de datos personales sensibles, el titular de los datos deberá expresar, en los formatos establecidos por ROVISAN, su consentimiento por escrito a través de su firma autógrafa, para que ROVISAN obtenga, informe y salvaguarde, los datos personales que resultan del Análisis Clínico solicitado.

Con la finalidad de dar cumplimiento a la legislación y autoridades en materia de salud, ROVISAN vigilará la realización de los exámenes periódicos de salud que determinen las autoridades competentes para la prevención y el control de las enfermedades, cuyos resultados serán recopilados y resguardados en el expediente del personal.

## 6. Transferencia de datos personales

**Laboratorio de Análisis Clínicos ROVISAN** realizará la transferencia de datos personales, bajo las siguientes premisas previstas por la Ley:

1. Con el consentimiento del titular, expresado por escrito y con la firma autógrafa del titular de los datos en la solicitud de Análisis Clínicos en la que también señale el profesional de la salud tratante del mismo, a quien autoriza se transfieran sus datos.
2. Sin el consentimiento del titular, cuando sea necesario para la prevención o el diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamiento médico o la gestión de servicios sanitarios y el titular de los mismos no se encuentre en condiciones de otorgar el consentimiento, en los términos que establece la Ley General de Salud y demás disposiciones jurídicas aplicables y que dicho tratamiento de datos se realice por una persona sujeta al secreto profesional u obligación equivalente.
3. Sin el consentimiento del titular, cuando exista convenio con Instituciones Públicas o Privadas de salud que tengan a cargo el tratamiento, hospitalización y/o Seguridad Social del titular de los datos y las muestras sean tomadas en las instalaciones de dichas instituciones.

#### 7. Cláusula en la que se acepta o no la transferencia de datos personales

La cláusula en la que consciente o no la transferencia de sus datos personales, se encuentra en la solicitud de servicios. Usted deberá señalar en la solicitud y expresar por escrito su consentimiento para que se realice la transferencia de sus datos personales. ROVISAN no realizará este tratamiento sin el consentimiento del titular, excepto en las situaciones previstas en el **Artículo 37 de la Ley**, que dice:

“No será necesario el consentimiento para el tratamiento de los datos personales cuando:

I. Esté previsto en una Ley;

II. Los datos figuren en fuentes de acceso público;

III. Los datos personales se sometan a un procedimiento previo de disociación;

IV. Tenga el propósito de cumplir obligaciones derivadas de una relación jurídica entre el titular y el responsable;

V. Exista una situación de emergencia que potencialmente pueda dañar a un individuo en su persona o en sus bienes;

VI. Sean indispensables para la atención médica, la prevención, diagnóstico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, mientras el titular no esté en condiciones de otorgar el consentimiento, en los términos que establece la Ley General de Salud y demás disposiciones jurídicas



aplicables y que dicho tratamiento de datos se realice por una persona sujeta al secreto profesional u obligación equivalente, o

VII. Se dicte resolución de autoridad competente.

Para el caso de los empleados se realizará este tratamiento solo para el cumplimiento de obligaciones previstas por otras leyes y autoridades del Estado Mexicano

#### 8. Medios y el procedimiento para ejercer los derechos ARCO

Para acceder, rectificar y cancelar u oponerse al tratamiento de sus datos personales, preséntese en el mostrador de nuestra matriz o sucursales listadas con:

- a. **Solicitud por escrito** en formato libre o en el formato de Derechos ARCO disponible en nuestra oficina, e
- b. **Identificación oficial** y copia de la misma para acreditar su personalidad.

Para conocer más sobre los procedimientos y requisitos para el ejercicio de sus derechos ARCO, concerte una cita con la Lic. Sandra Luz Penagos al correo electrónico [privacidad@rovisan.com.mx](mailto:privacidad@rovisan.com.mx) o en la recepción de nuestra oficina localizada en Av. Central Poniente No. 1480, Col. Moctezuma, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Es importante que tenga en cuenta que no en todos los casos podremos atender su solicitud de cancelación de forma inmediata, ya que es posible que por alguna obligación legal requiramos seguir tratando sus datos personales, en dichos casos se aplicará el bloqueo correspondiente.

SUCURSAL	DIRECCIÓN
<b>Tuxtla Gutiérrez (Matriz)</b>	Av. Central Poniente No. 1480, Col. Moctezuma.
<b>Suchiapa</b>	<b>3ª Av. Sur Poniente No 365</b>
<b>Villaflores</b>	<b>Calle Central No. 52 entre 2ª Y 3ª Sur</b>
<b>San Cristóbal de las Casas</b>	<b>Av. General Utrilla No. 7 Int. 1</b>
<b>Cintalapa</b>	Calle Central Sur No. 256 Esq. con 3ª Sur

#### 9. Mecanismos y procedimientos para revocar el consentimiento al tratamiento de sus datos personales

Para revocar y conocer más sobre el consentimiento otorgado para el tratamiento de sus datos personales, presente su solicitud en nuestra matriz o sucursales listadas en el punto 8 de este aviso con:

- a. **Solicitud por escrito** en formato libre o en el formato de Derechos ARCO disponible en la misma oficina, e
- b. **Identificación oficial** y copia de la misma para acreditar su personalidad.

#### 10. , Opciones y medios para limitar el uso o divulgación de sus datos personales

Con el objeto que usted pueda limitar el uso o divulgación de su información personal, le sugerimos:

- 🕒 Inscribirse en el Registro Público para Evitar Publicidad, que está a cargo de la PROFECO, con la finalidad de que sus datos sean utilizados para recibir publicidad o promociones de empresas de bienes o servicios. Para mayor información consulte el portal de dicha procuraduría.
- 🕒 Registrarse en el nuestro **Listado de Exclusión de ROVISAN** a fin que sus datos no sean tratados para fines mercadológicos, publicitarios o de prospección comercial por nuestra parte. **Registre su inclusión al correo: [privacidad\\_clientes@rovisan.com.mx](mailto:privacidad_clientes@rovisan.com.mx)**
- 🕒 Registrarse en el nuestro **Listado de Exclusión de ROVISAN-Médicos** a fin que sus datos como médico no sean tratados para fines mercadológicos, publicitarios o de prospección comercial por nuestra parte. **Registre su inclusión al correo: [privacidad\\_medicos@rovisan.com.mx](mailto:privacidad_medicos@rovisan.com.mx)**

Para conocer más sobre el **Listado de Exclusión de ROVISAN** y el **Listado de Exclusión de ROVISAN-Médicos** concerte cita con la Lic. Sandra Luz Penagos al correo electrónico [privacidad@rovisan.com.mx](mailto:privacidad@rovisan.com.mx) o en la recepción de nuestra oficina localizada en Av. Central Poniente No. 1480, Col. Moctezuma, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

#### 11. Uso de cookies, web beacons o tecnología similar

La página electrónica <http://www.rovisan.com.mx> del **Laboratorio de Análisis Clínicos ROVISAN** utiliza cookies, web beacons o tecnologías similares que recaban datos personales que permiten consultar estadísticas sobre regiones desde las cuales se accede a la misma, secciones y páginas consultadas, Fecha de inicio y final de una sesión de un usuario; estas tecnologías son necesarias para ofrecer el servicio de consulta de resultados en línea. Usted podrá limitar el uso de estas tecnologías configurando las preferencias de privacidad establecidas en su navegador de páginas web.

#### 12. Procedimientos y medios por los cuales el responsable comunicará cambios en el aviso de privacidad

El presente aviso de privacidad puede sufrir cambios o actualizaciones, derivados de nuevos requerimientos legales, de nuestras propias necesidades por los productos o servicios que ofrecemos, de mejoras en nuestras prácticas de privacidad, de cambios en nuestro modelo de negocio o por otras causas.

Nos comprometemos a mantenerlo informado sobre los cambios que pueda sufrir este aviso, a través de la impresión correspondiente en nuestra oficina central y sucursales, así como en <http://www.rovisan.com.mx/interior.php?opcion=privacidad>

Este aviso se actualizó y publicó en los medios ya mencionados el 28 de abril de 2014, atendiendo la citada Ley, su Reglamento y los Lineamientos del Aviso de Privacidad.

Versión 4.0