

FICHA PRE-REGISTRO

Fotografía  
Reciente

FECHA / /2026

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Edad	Estado Civil	Tiene Hijos
Dirección: Calle y número ext. e int. Colonia		Código Postal	Alcaldía y Estado		
Entre las calles				Teléfono	Tel. Celular
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Género con el que me identifico	RFC	
CURP					
¿Tiene licencia de manejo?		No. de Cartilla del SMN	¿Padece de alguna enfermedad? (Especifique)		

ESCOLARIDAD

Nivel Académico	Nombre de la escuela	Años cursados		Años	Documentos Obtenidos
Primaria		de	a		
Secundaria		de	a		
Bachillerato		de	a		
Profesional		de	a		
Posgrado (especifique)		de	a		
Comercial/Técnico/Otros		de	a		

CONOCIMIENTOS GENERALES

Idiomas o Dialectos ¿Cuál o Cuáles?	Actividades o funciones que domina/ ¿cuáles son sus habilidades?
-------------------------------------	--

REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre	Dirección	Teléfono



## SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

# CIUDAD DE MÉXICO

### CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

#### DATOS GENERALES

¿Cómo se enteró de esta Acción Social? Anuncio   Otro medio (especifique)	¿Tiene usted otros ingresos? No   Sí	Importe Mensual \$
¿Algún pariente trabaja en GCDMX? No   Sí (especifique nombre)	¿Vive en casa propia? No   Sí	Valor Aproximado \$
¿A cuánto ascienden sus gatos mensuales? \$	¿Paga renta? No   Sí	Renta mensual \$
¿Tiene Seguro de Vida? No   Sí (nombre de la Cia. )	¿Tiene deudas? No   Sí	
¿Podría viajar? No (razones)   Sí		
Si es extranjero especifique que documento le permite trabajar en el país y su vigencia:		

#### INFORMACION ADICIONAL

¿Se encuentra desempeñando algún empleo, cargo o comisión privado?
¿Se encuentra inhabilitado por la contraloría General de la CDMX o por la Secretaria de Función Pública? No   Sí (Motivo)
¿Se encuentra desempeñando algún empleo, cargo o comisión dentro del GCDMX o del Gobierno Federal? No   Sí (especifique)
¿Se encuentra demandando al Gobierno de la Ciudad de México?
¿Cuenta con algún otro apoyo social público u gubernamental? (Especifique)

#### COMENTARIOS O ACLARACIONES DEL SOLICITANTE

--

Bajo protesta de decir verdad, declaro que los datos proporcionados son verdaderos.
Nombre y Firma de persona solicitante



**AVISO DE PRIVACIDAD**  
**"EXPEDIENTE DE LA ACCIÓN SOCIAL: CIUDAD QUE LATE; MI**  
**PREVENCIÓN, MI SALUD".**

☐ **He leído y acepto la política de privacidad.**

La Secretaría de Salud de la Ciudad de México a través de la Dirección Ejecutiva de Atención Hospitalaria de la Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias, con domicilio en Avenida Insurgentes Norte, No. 423, piso 18, Colonia Conjunto Urbano Nonoalco Tlatelolco, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06900, Ciudad de México, es la responsable del tratamiento de los datos personales que se recaban, de acuerdo a los principios y deberes en materia de protección de datos personales, conforme a la normativa en la materia. Los datos tratados serán protegidos en el Sistema de Datos Personales denominado EXPEDIENTE DE LA ACCIÓN SOCIAL: "CIUDAD QUE LATE; MI PREVENCIÓN, MI SALUD". El presente Aviso de Privacidad está dirigido a las personas que participan como beneficiarias facilitadoras en la Acción Social "CIUDAD QUE LATE; MI PREVENCIÓN, MI SALUD".

**¿CUAL ES LA FINALIDAD DEL TRATAMIENTO Y USO DE LOS DATOS PERSONALES RECABADOS?**

La finalidad es recabar, procesar y registrar la información de forma identificativa de las personas beneficiarias facilitadoras que realizan actividades prevención y detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) hepatitis C y sífilis y aquellas infecciones de transmisión sexual. Para su uso, se integrará de manera ordenada toda aquella documentación del padrón de personas beneficiarias facilitadoras de la Acción Social "Alcance Comunitario", a fin de llevar un registro de seguimiento de las acciones en salud que se llevan a cabo en las diferentes localidades de la Ciudad de México.

**¿CON QUIÉN COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN PERSONAL Y CON QUE FINES?**

La transferencia de Datos Personales será únicamente a Organismos Garantes y Autoridades Judiciales o Administrativas para atender requerimientos de información, motivo por el cual, estos podrían ser transmitidos a los siguientes Sujetos Obligados:

Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno; a fin de solventar los recursos de revisión en materia de transparencia, y la sustanciación a los recursos de inconformidad de las determinaciones o resoluciones, Auditoría Superior de la Federación; en situaciones en que se requiera información para la Fiscalización de la administración, manejo o ejercicio de recursos públicos a fin de prevenir prácticas irregulares y contribuir al buen gobierno. Poder Judicial de la Federación; en aquellos casos que se requiera colaboración en la investigación de delitos, contribuyendo al aseguramiento del acceso a la justicia en la aplicación del derecho y reparación del daño, Secretaría de Salud del Gobierno Federal; para dar continuidad a los servicios de salud y salvaguardar el derecho a la salud a los que es acreedora la persona que solicita servicios de atención médica, en cumplimiento con la Política Nacional de Salud, coadyuvando en la integración del Sistema de Información básica en materia de salud, Comisión Nacional de Derechos Humanos; para dar seguimiento a las investigaciones de quejas y denuncias por presuntas violaciones a los derechos humanos por parte de algún servidor público. Poder Judicial de la Ciudad de México; en aquellos casos que se requiera colaboración en la investigación de delitos, contribuyendo al aseguramiento del acceso a la justicia en la aplicación del derecho y reparación del daño, Auditoría Superior de la Ciudad de México; para fines de investigación en probables actos u omisiones que impliquen alguna irregularidad o conducta ilícita en el manejo de recursos públicos y/o faltas administrativas, Jefatura de Gobierno de la Ciudad de México; en colaboración en el seguimiento de solicitudes para la gestión, resolución y supervisión de las acciones en materia de su competencia, Secretaría de la Contraloría General de la Ciudad de México; se proporcionará la información requerida en los casos de auditorías, control interno, sustanciamiento de procedimientos por presuntas faltas administrativas y combate a la corrupción, Secretaría de Bienestar e Igualdad Social de la Ciudad de México; en colaboración en el seguimiento de las solicitudes para la gestión, resolución y supervisión de las acciones en materia de su competencia, Secretaría de Atención y Participación Ciudadana de la Ciudad de México; en colaboración en el seguimiento de las solicitudes para la gestión, resolución y supervisión de las acciones en materia de su competencia, Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México; toda información necesaria para conocer, sustanciar y resolver los recursos de revisión interpuestos por los titulares, recursos de inconformidad, procedimientos de verificación y para determinar el probable incumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México; se proporcionará información cuando se requiera para dar el seguimiento correspondiente a investigaciones de quejas y denuncias por presuntas violaciones a los derechos humanos.

**¿DÓNDE PUEDO EJERCER MIS DERECHOS ARCO?**

Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos personales y ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición de sus datos personales (derechos ARCO), así como la revocación del consentimiento, a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, disponible en [www.plataformadetransparencia.org.mx](http://www.plataformadetransparencia.org.mx). También puede hacerlo directamente ante nuestra Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, cuyos datos de contacto son los siguientes:

- a) Nombre de la Encargada del Despacho de la Subdirección de la Unidad de Transparencia y Control de Gestión Documental: Dra. Gabriela Salazar González;
- b) Domicilio: Avenida Insurgentes Norte, No. 423, planta baja, Colonia Conjunto Urbano Nonoalco Tlatelolco, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06900, Ciudad de México;
- c) Correo electrónico: [unidaddetransparencia@salud.cdmx.gob.mx](mailto:unidaddetransparencia@salud.cdmx.gob.mx);
- d) Teléfono: 5551 32 12 00, 5551 32 12 50 y 5551 32 09 00 ext. 1344; y
- e) Horario de atención: lunes a viernes de 9:00 a 15:00 horas.

**¿DÓNDE PUEDO CONOCER EL AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL?**

Cualquier cambio en este Aviso, podrá ser consultado en el Micro sitio de Transparencia: [https://data.salud.cdmx.gob.mx/ssdf/portalut/UT\\_Comunicación/AVISOS.php](https://data.salud.cdmx.gob.mx/ssdf/portalut/UT_Comunicación/AVISOS.php) en el apartado de "Avisos de Privacidad".

Última fecha de actualización: agosto de 2025

