

Me comprometo a proporcionar al importe exigido en momento de visita y/o pruebas por el centro médico y sus familiares, además de mi parte y de los médicos que me acompañen en el momento de la visita y/o pruebas de la siguiente manera: Si la familia o el paciente no puede pagar el importe correspondiente en el momento de la visita y/o pruebas, se le informará que los Servicios Especiales de Salud (SES) de la región y/o centros de salud de la zona, para atender a su condición de enfermo, están de acuerdo con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública en el Estado de Quintana Roo. Para mayor información sobre el uso de sus datos personales consulte nuestro Aviso de Privacidad disponible en <http://goqroo.gob.mx/ses/aviso-de-privacidad>