

ANEXO II:
**AUTORIZACIÓN DE TRASPASO DE INFORMACIÓN ENTRE LOS
SERVICIOS SANITARIOS Y EDUCATIVOS**

D.:

Dña.:

en calidad de padre/madre o tutor/a del alumno/a o paciente *(táchese lo que no proceda)*

Escolarizado en el Centro Educativo:

y adscrito al Centro de Salud:

Manifiestan:

- Dar el consentimiento**, para que toda la información que los profesionales consideren relevante en relación a mi hijo / hija / tutelado esté a disposición de los profesionales sanitarios / educativos que van a intervenir en el proceso de atención al mismo. Esta decisión es libre y voluntaria, pudiéndose revocar este consentimiento por escrito sin expresar la causa.
- No dar el consentimiento**

En caso de dar el consentimiento, el canal de transmisión de dicha información escrita será el siguiente *(elegir al menos una opción)*:

- La información es proporcionada a la familia, comprometiéndose explícitamente a entregar dicha información al Servicio de Sanidad o al Servicio de Educación que corresponda.
- La información será transmitida por vía interna entre el Servicio de Sanidad y el Servicio de Educación bajo el régimen de protección de datos vigente.

En, _____ a _____ de _____ de 2.0 _____

Nombre y Firma
Padre/Tutor legal

Nombre y Firma
Madre/Tutora legal

Fdo.: _____

Fdo.: _____