Junta de Castilla y León
Consejería de Educación

Sacyl
Gerencia Regional de Salud

AUTORIZACIÓN DE TRASPASO DE INFORMACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y EDUCATIVOS

Para una atención/intervención sociocomunitaria al alumnado en situación de riesgo
(Plan de Salud Mental de la Comunidad de Castilla y León)

D.:_____ con DNI_____

Dña.:_____con DNI_____

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

Escolarizado en el Centro Educativo:

de la **provincia** de _____cuyo **centro de salud**

es_____

Manifiestan, en relación a toda la información de mi hijo/hija/tutelado que pueda ser relevante para el proceso de intervención al mismo:

☐ **Dar el consentimiento,** para que 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 en cualquier momento, por escrito y sin expresar la causa.

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

☐ La información será proporcionada a la familia, comprometiéndose esta explícitamente a entregar dicha información al Servicio de Sanidad o al Servicio de Educación que corresponda para continuar con la tramitación de las actuaciones.

☐ La información será transmitida, por vía interna, entre el Servicio de Sanidad y el Servicio de Educación cumpliendo, en todo caso, con la normativa de protección de datos de carácter personal vigente.

☐ **No dar el consentimiento.**

En, _____ a _____ de _____ de 202___

Nombre y Firma
Padre/Tutor legal

Nombre y Firma
Madre/Tutora legal

Fdo.: _____

Fdo.: _____