

**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.: \_\_\_\_\_