



## ANEXO V

# 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 Escolarizado en el Centro Educativo \_\_\_\_\_  
y adscrito al Centro de Salud \_\_\_\_\_

Manifiestan: Dar el consentimiento para que la información que los profesionales consideren relevante en relación a mi hijo / hija / tutelado esté a disposición de las y los profesionales sanitarios / educativos que van a intervenir en el proceso de atención al mismo.

La información es proporcionada a la familia, comprometiéndose explícitamente a entregar dicha información al Servicio de Salud o al Servicio de Educación que corresponda.

La información podrá ser transmitida por vía interna entre el Servicio de Salud y el Servicio de Educación bajo el régimen de protección de datos vigente.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Nombre y Firma

Fdo.: