



FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA TRANSFERIR DATOS PERSONALES

<i>Este formato debe ser llenado exclusivamente por personal del Centro de Salud (Zona gris)</i>	Fecha ____ / ____ / ____ Día mes año	
1. Denominación del sistema de datos personales		
2. Nombre y cargo del responsable del sistema de datos personales		
Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno
Cargo	Firma	
3. Especificar en forma clara y precisa los datos personales a ser transferidos		
4. Especificar finalidad y temporalidad de la transferencia de los datos personales.		

INTERESADO LLENAR SOLO ESTA SECCIÓN

5. Datos del interesado / Representante legal (anexar documento legal que lo acredite como tal)		
Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno
Domicilio		
Después de leer esta información está usted de acuerdo con la transferencia de sus datos personales.		
SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Medio con el que se identifica: _____		
*Recabar copia fotostática		
Firma del interesado o Representante legal _____		