



## 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	
<b>1. Denominación del sistema de datos personales</b>		
<b>2. Nombre y cargo del responsable del sistema de datos personales</b>		
Florentino	Badial	Hernández
Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno
Coordinador de VIH/SIDA de la CDMX		Firma
Cargo		
<b>3. Especificar en forma clara y precisa los datos personales a ser transferidos</b>		
<hr/> <hr/>		
<b>4. Especificar finalidad y temporalidad de la transferencia de los datos personales.</b>		
<hr/> <hr/>		

### INTERESADO LLENAR SOLO ESTA SECCIÓN

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