

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Con NIF N<sup>o</sup> \_\_\_\_\_ , y domicilio a efectos de notificación en \_\_\_\_\_

o en su caso,

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

en calidad de su representante legal,

**CONSIENTE** en que los datos de carácter personal que figuran en ficheros de historia clínica cuyo responsable es el Servicio Canario de la Salud sean cedidos a los servicios de valoración y orientación de la dependencia.

La finalidad de la cesión es facilitar la tramitación de la solicitud presentada por el interesado relativa a su situación de dependencia.

(Lugar: fecha y firma del paciente o su representante legal )

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 27.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal, **SE LE INFORMA** que los datos de carácter personal, identificativos, y de salud, que sobre usted figuran en los ficheros de Historia Clínica del Servicio Canario de la Salud serán cedidos a la Dirección General de Dependencia, con su consentimiento. La finalidad de estos ficheros es recoger toda la información relevante para el diagnóstico y tratamiento, de una manera veraz y actualizada, para facilitar la asistencia sanitaria y el seguimiento del estado de los pacientes en el ámbito de la Atención Primaria y de la Atención Especializada. La finalidad para la que se solicitó la cesión que usted consintió es la valoración de su estado de salud a efectos de su situación de dependencia. A partir del momento de la cesión, la Dirección General de Dependencia será responsable de los datos cedidos.

La dirección del cesionario es la siguiente:

--