**CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LAS ADICCIONES
UNEME-CAPA "NUEVA VIDA" TOLUCA SAN MATEO OTZACATIPAN**

A _____ de _____ de 202____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**A QUIEN CORRESPONDA
P R E S E N T E**

El que suscribe C. _____ otorgo mi consentimiento para que le sea aplicada una prueba de Tamizaje a mi hijo(a) C. _____ del Grado _____, Grupo _____ la cual consiste en un cuestionario de 81 reactivos llamado POSIT para la Detección de Riesgo en el consumo de sustancias.

De acuerdo a los resultados, acepto una entrevista en caso de ser necesario.

Nombre y Firma del Padre, Madre o Tutor

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO MEXIQUENSE CONTRA LAS ADICCIONES