

**CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (CECOSAMA)
DR. GUILLERMO ROMÁN Y CARRILLO**

ASUNTO: Aplicación de Tamizaje

Ciudad de México a ____ de _____ de 2025

A QUIEN CORRESPONDA:

Señor padre de familia, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo y al mismo tiempo informarle que el día **martes 11 de septiembre de 2025**; el **CECOSAMA**, realizará la aplicación de un cuestionario de tamizaje, con el objetivo principal de indagar sobre algunos ámbitos de la vida de las/los alumnas(os) para conocer en qué aspectos de su vida se encuentran más vulnerables y de esta manera poder prevenir un problema de uso o abuso de sustancias a futuro. De tal forma de acuerdo a los resultados se implementarán acciones talleres y/o pláticas que promuevan estilos de vida saludables en la institución a la que su hija (o) asiste. Cabe mencionar que dichos resultados son confidenciales y la entrega de estos a la escuela se hará de manera global, si en dicha aplicación arroja resultados de riesgo para la/el alumna(o) en cuestión, el contacto se realizará de manera personal y será canalizado para su atención por el personal del **CECOSAMA**

Dicha aplicación se realizará por personal del proyecto en el **CECOSAMA**.

Por lo que le solicitamos de la manera más atenta llene los espacios en blanco para que la autorización se apruebe por usted.

El que suscribe C. _____ otorgo mi consentimiento para que le sea aplicada una prueba de tamizaje a mi hijo(a) C. _____ perteneciente al grupo _____, dicha prueba consiste en un Cuestionario de 81 reactivos llamados POSIT.

Dicha información me fue proporcionada por el personal responsable del proyecto en la **CECOSAMA**.

Lo anterior apegado en lo dispuesto en el apartado 10.3.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Firma del padre o Tutor: _____ Teléfono Local: _____

Dirección: _____

A T E N T A M E N T E

Director del plantel educativo