



Autorización para aplicación de prueba de tamizaje POSIT

Fecha: _____

Nombre de la Institución educativa: _____ Grado: _____ Grupo: _____

Nombre completo del/la estudiante: _____ Sexo: **Hombre** **Mujer**

Nombre completo de padre, madre o responsable de crianza: _____

Dirección: _____

Edad: _____ Parentesco: _____ Tel: _____

Correo electrónico: _____

Se solicita la autorización para aplicar la prueba de tamizaje POSIT (*“Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers - Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes”*) el cual consiste en un cuestionario de 81 preguntas dirigidas a adolescentes de 11 a 19 años con el objetivo de identificar situaciones de riesgo asociados con el consumo de drogas y vulnerabilidad en 7 áreas:

1. **Riesgo de inicio o incremento del consumo**
2. **Salud mental**
3. **Relaciones familiares**
4. **Relaciones con amistades**
5. **Habilidades académicas**
6. **Interés laboral**
7. **Conducta agresiva/delictiva**

De esta manera se podrá detectar oportunamente casos que requieran atención temprana y evitar o disminuir situaciones de riesgo en el futuro. Cabe mencionar que la información es asegurada con trato digno y de manera confidencial y será utilizada solamente para fines profesionales y de prevención.

Si autorizo

No autorizo

Nombre completo y firma del padre, madre o responsable de crianza
