



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONASAMA
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL
Y ADICCIONES

Asentimiento para recibir consejería sobre salud mental y/o adicciones en el grupo de 10 a 19 años sin acompañamiento

Por este medio, yo _____ Del género **femenino** ☐ **masculino** ☐ **no binario** ☐ **intersexual** ☐ de _____ años de edad, quiero manifestar mi elección de recibir consejería sobre salud mental y/o adicciones **SIN** el acompañamiento al que se refiere el numeral 6.8.6 de la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSSA2-2015. Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. El personal de salud me ha informado claramente que es mi derecho acceder a estos servicios, independientemente de mi edad, condición social, estado civil o cualquier otra característica.

Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones _____ a ____ de _____ del 20____.

Nombre y firma del usuario

Nombre y firma del consejero y personal de salud

*Adaptado en base al APÉNDICE C NORMATIVO de la NOM-047-SSSA2-2015.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONASAMA
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL
Y ADICCIONES

Asentimiento para recibir consejería sobre salud mental y/o adicciones en el grupo de 10 a 19 años sin acompañamiento

Por este medio, yo _____ Del género **femenino** ☐ **masculino** ☐ **no binario** ☐ **intersexual** ☐ de _____ años de edad, quiero manifestar mi elección de recibir consejería sobre salud mental y/o adicciones **SIN** el acompañamiento al que se refiere el numeral 6.8.6 de la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSSA2-2015. Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. El personal de salud me ha informado claramente que es mi derecho acceder a estos servicios, independientemente de mi edad, condición social, estado civil o cualquier otra característica.

Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones _____ a ____ de _____ del 20____.

Nombre y firma del usuario

Nombre y firma del consejero y personal de salud

*Adaptado en base al APÉNDICE C NORMATIVO de la NOM-047-SSSA2-2015.