



FORMATO CADENA DE CUSTODIA

DIRECCIÓN DE SEGURIDAD
PÚBLICA MUNICIPAL

Identificación: FOR-REC-22
Versión: 0
Fecha creación: 09/Julio/2025
Fecha actualización: 09/Julio/2025

FECHA

PACIENTE

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Edad

Por medio de la presente, autorizo me sea realizado un examen toxicológico. (Perfil de Drogas de Abuso)

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Se abrió y se etiquetó el recipiente estéril y termo sensible en mi presencia. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. Me lave las manos con agua y jabón antes de emitir la muestra de orina. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. Presenté identificación oficial y vigente con fotografía (tipo) <input style="width: 100px;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| No. de identificación <input style="width: 150px;" type="text"/> | | |
| 4. Un Químico verificó a través de observación directa que la muestra que recolecté no sufrió ninguna alteración. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 5. Autorizó al Laboratorio de Análisis Clínicos FCQ.UACH enviar mi resultado vía correo Electrónico a la Dirección de Seguridad Pública Municipal. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 6. ¿Declara utilizar medicamentos y/o suplementos con o sin prescripción médica? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

¿Cuáles?

Declaro que la información proporcionada en el presente formato es verídica.

Firma del Paciente

QUIMICO

A. CIUDAD Y ESTADO

Chihuahua; Chih	Otro
-----------------	------

B. FECHA DE COLECCIÓN DE LA MUESTRA

C. LUGAR DE COLECCIÓN

Laboratorio FCQ.UACH	Otro
----------------------	------

D. HORA DE EMISIÓN DE LA MUESTRA

E. TEMPERATURA DE LA MUESTRA EN SU EMISIÓN

36° C	Otro
-------	------

F. TIPO DE MUESTRA

Orina

G. CUMPLE CON EL VOLUMEN MÍNIMO REQUERIDO

Si (50 ml)	No (menor a 50 ml)
------------	--------------------

✓ La muestra es aceptada y cumple las especificaciones deseadas para su proceso. SI NO

Verifico que la muestra recolectada corresponde al paciente identificado en el presente formato y fue etiquetada en presencia del mismo, bajo las condiciones especificadas.

<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>
---	---

Firma del Químico

No. de control