



FORMATO

CADENA DE CUSTODIA

Identificación: FOR-REC-06
Versión: 0
Fecha creación: 30/Noviembre/2017
Fecha actualización: 30/Noviembre/2017

EMPRESA _____ 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 termo sensible en mi presencia. SI NO
2. Me lave las manos con agua y jabón antes de emitir la muestra de orina. SI NO
3. Presenté identificación oficial y vigente con fotografía (tipo) _____ SI NO
No. de identificación _____ y vigencia _____
4. Un Químico verificó que la muestra que recolecté no sufrió ninguna alteración. SI NO
5. Declaro estar tomando los siguientes medicamentos con o sin prescripción médica: SI NO

_____ Firma del Paciente

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

QUIMICO

_____ Apellido Paterno

_____ Apellido Materno

_____ Nombre (s)

- A. CIUDAD Y ESTADO _____
- B. FECHA DE COLECCIÓN DE LA MUESTRA _____
- C. LUGAR DE COLECCIÓN _____
- D. HORA DE EMISIÓN DE LA MUESTRA _____
- E. TEMPERATURA DE LA MUESTRA EN SU EMISIÓN _____
- F. TIPO DE MUESTRA _____

✓ La muestra es aceptada y cumple las especificaciones deseadas.

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.

_____ Firma del Químico