



# FORMATO

## CADENA DE CUSTODIA

Identificación:  
**FOR-REC-19**

Versión: **0**

Fecha creación:  
**11/Julio/2023**

Fecha actualización:  
**11/Julio/2023**

EMPRESA **TRANSPORTES** 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)**

- Se abrió y se etiquetó el recipiente termo sensible en mi presencia.  SI  NO
  - Me lave las manos con agua y jabón antes de emitir la muestra de orina.  SI  NO
  - Presenté identificación oficial y vigente con fotografía (tipo)   SI  NO
- No. de identificación
- Un Químico verificó a través de observación directa, que la muestra que Recolecté no sufrió ninguna alteración.  SI  NO
  - Autoriza al laboratorio enviar por correo mi resultado a la Dirección de Transporte  SI  NO
  - ¿Toma medicamentos con o sin prescripción médica?  SI  NO

¿Cuáles?

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

*Firma del Paciente*

### QUIMICO

- CIUDAD Y ESTADO
- FECHA DE COLECCIÓN DE LA MUESTRA
- LUGAR DE COLECCIÓN
- HORA DE EMISIÓN DE LA MUESTRA
- TEMPERATURA DE LA MUESTRA EN SU EMISIÓN
- TIPO DE MUESTRA

Chihuahua; Chih	Otro
<input type="text"/>	
Laboratorio FCQ.UACH	Otro
<input type="text"/>	
36° C	Otro
Orina	

- ✓ 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 su presencia, bajo las condiciones especificadas.**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

*Firma del Químico*

*No. de control*