



# FORMATO

## CADENA DE CUSTODIA TRANSPORTES

Identificación:  
**FOR-REC-19**

Versión: **1**

Fecha creación:  
**11/Julio/2023**

Fecha actualización:  
**06/septiembre/2024**

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)

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

4. Un Químico verificó a través de observación directa, que la muestra que recolecté no sufrió ninguna alteración.  SI  NO

5. Autoriza al laboratorio enviar por correo mi resultado **EXCLUSIVAMENTE** a Dirección de Transportes  SI  NO

6. ¿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

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

✓ 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.

*Firma del Químico*

*No. de control*