



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)

- 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) _____
No. de identificación _____ y vigencia _____ SI NO
- Un Químico verificó que la muestra que recolecté no sufrió ninguna alteración. SI NO
- 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) _____

- 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 _____

✓ 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