



FORMATO

CADENA DE CUSTODIA

UACH

Identificación:	FOR-REC-21
Versión:	0
Fecha creación:	09/febrero/2024
Fecha actualización:	09/febrero/2024

EMPRESA UACH 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
 - Autorizo el envío de este resultado al correo institucional del titular del consultorio Medico Universitario, como seguimiento al proceso de admisión laboral a la UACH 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