	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*