

FORMATO DE CADENA DE CUSTODIA

A. PACIENTE O TUTOR

FECHA: _____ HORA: _____ NO. FOLIO: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ TELÉFONO: _____ SEXO: M F

IDENTIFICACIÓN: _____

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

B. RECOLECTOR

LUGAR DE TOMA DE MUESTRA

DOMICILIO

CIUDAD

ESTADO

TELÉFONO

OBSERVACIONES:

CERTIFICADO DE CUSTODIA DE LA MUESTRA

NOMBRE DEL RECOLECTOR

FIRMA DEL RECOLECTOR

C. LABORATORIO (RESULTADOS)

_____ MARIHUANA (THC)	_____ METANFETAMINAS (MET)	_____ BUPRENORFINA (BUP)
_____ COCAÍNA (COC)	_____ METADONA (MTD)	_____ COTIDIANA (COT)
_____ ANFETAMINAS (AMP)	_____ EXTASIS (XTC)(MDMA)	_____ KETAMINA (KET)
_____ BARBITÚRICOS (BAR)	_____ NORKETAMINA	_____ OXICODONA (OXI)
_____ MORFINA / OPIACEOS	_____ FENCILICINA (PCP)	_____ PROPOXIFENO (PPX)
_____ (MOR/OPI)	_____ FENTANILO (FEN)	
_____ BENZODIACEPINAS (BZD)	_____ TRIACICLICOS (TCA)	

NOMBRE DE QUIEN PORCESO

FIRMA DE QUIEN PROCESO

NOTA: ESTAS PRUEBAS NO SON REALIZADAS POR MÉTODOS CONFIRMATORIOS, EN CASO DE REQUERIR DE UN MÉTODO CONFIRMATORIO, LOS GASTOS ASOCIADOS SERÁN RESPONSABILIDAD DEL SOLICITANTE.

FECHA DE PROCESO