



Formato para Examen Toxicológico

Datos generales Fecha _____ N Solicitud: _____

Nombre: _____ Edad _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Motivo de la prueba: _____ Empresa solicitante: _____

Hora de la recolección: _____

Tratamiento con medicamentos Controlados: Sí () No ()

Nombre del medicamento: _____ Principio activo: _____

Identificación

() Credencial del INE _____

() Licencia para conducir: _____

() Otro _____

Por medio del presente documento doy mi autorización para que el Laboratorio de Análisis Clínicos de Servicio a la Comunidad de la Facultad de Química de la UADY me realice el estudio "Examen toxicológico", por lo que declaro que me fue explicado el procedimiento a realizar, haciéndome ver que mi salud no corre ningún riesgo y que se mantendrá la confidencialidad de los resultados obtenidos.

Nombre y Firma del Usuario o tutor: _____

Nombre y Firma del Químico Testigo de la recolección: _____

Mensurando	Resultado	Mensurando	Resultado
() Cocaína (COC)		() Marihuana (THC)	
() Anfetaminas (AMP)		() Opiáceos (OPI)	
() Metanfetaminas (MET)		() Benzodiazepinas (BENZO)	
() Barbitúricos (BAR)		OTRO:	

Nombre y Firma del Químico que realizó la prueba: _____

Cadena de custodia

#	Entregada por:	Firma	Recibida por:	Firma	Fecha y hora
1					
2					
3					
4					
5					

Nombre y Firma del Químico responsable
F-FQUI-LAC-95/REV 02