



CADENA DE CUSTODIA

Fecha: DD MM AAAA

Hora:

No. historia clínica: _____ Nombre del paciente: _____

Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. No. de identificación: _____ Edad: _____ Género: F M

Profesional que solicita el análisis: _____ Persona que recibió la muestra: _____

Entidad remitente: _____ Sustancia ingerida: _____ Cantidad ingerida: _____

INTOXICACION OCUPACIONAL: Sí No

Ocupación: _____ Sustancia de contacto: _____

Medicamentos en uso: _____

ESTA LA PERSONA CONCIENTE: Sí No

Tiempo transcurrido desde la toma de muestra: _____ Líquidos vía parenteral: _____

Muestra recolectada en: _____ Persona que transporta la muestra al laboratorio: _____

Profesional que procesa la muestra: _____ Profesional que supervisó el proceso: _____

Observaciones: _____