



CALLE JOSE J. ACOSTA #46
VEGA BAJA PR, 00693
TEL. 787-966-7108/7109 Fax. 939-225-7482

CADENA DE CUSTODIA

FECHA: _DE _____ DE _____

TEMPERATURA PROMEDIO (90.5 – 99.8F) SI _____ NO _____

HORA: _____

PRUEBA DE DOPAJE: #3 _____ #5 _____ #10 _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____

SEXO: MASCULINO _____ FEMENINO _____

NOMBRE DE LABORATORIO CLÍNICO QUE REFIERE: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

TESTIGO DE COLECCIÓN: _____

MUESTRA RECIBIDA POR DONANTE, SELLADA PARA TRANSPORTE Y ENVIADA AL LABORATORIO
POR: _____

NOTA: PRUEBA NO ES PARA FINES LEGALES. CONFIRMACIÓN DE GC-MS SE DEBE HACER PARA
FINES LEGALES.