



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.