



HOSPITAL SAN FERNANDO  
LABORATORIO CLINICO

ETIQUETA LABORATORIO

PEGAR AQUÍ

### **CADENA DE CUSTODIA TEST DE DROGAS**

#### **1) IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

NOMBRE:

RUT:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELEFONO:

#### **2) DROGAS SOLICITADAS PARA ANALISIS (MARCAR CON UNA X)**

|           |  |                 |  |
|-----------|--|-----------------|--|
| COCAINA   |  | ANFETAMINAS     |  |
| MARIHUANA |  | BENZODIACEPINAS |  |

#### **3) DATOS TOMA DE MUESTRA**

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| SERVICIO/PROCEDENCIA SOLICITANTE   |  |
| LUGAR DE RECOLECCION DE LA MUESTRA |  |
| FECHA DE TOMA DE MUESTRA           |  |
| HORA DE TOMA DE MUESTRA            |  |
| PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCION |  |

#### **4) FIRMA RESPONSABLE TOMA DE MUESTRA**

|                                                                                                                                                                                        |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Personal a cargo de la toma de muestra certifica que la muestra corresponde al paciente identificado en este documento.<br>La muestra fue tomada y rotulada en presencia del paciente. | FIRMA PERSONAL TOMA DE MUESTRA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|

#### **5) CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTE**

|                                                                                                                                                                                                                                            |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| El paciente identificado declara que la muestra fue obtenida con su consentimiento, de conformidad a la Ley N°20.584 sobre derechos y deberes de pacientes.<br>(En caso de pacientes con compromiso de conciencia, médico autoriza examen) | FIRMA PACIENTE |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|

|         |       |                 |
|---------|-------|-----------------|
| Médico: | *Rut: | Firma y timbre: |
|---------|-------|-----------------|