

DETECCIÓN DE DROGAS DE ABUSO EN ORINA



LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS
de referencia

DETECCIÓN DE DROGAS DE ABUSO EN ORINA

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Edad: _____

Sexo: () Femenino () Masculino

¿Está tomando algún medicamento actualmente?

() Si

() No

En caso de que lo esté tomando, indique cuál _____

FOR-PRE.0003/VO