

## DETECCIÓN DE DROGAS DE ABUSO EN ORINA



### 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