

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_