



No. TOXICOLÓGICO: _____

FECHA: _____

HORA DE RECEPCIÓN: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

IDENTIFICACIÓN: _____

TELÉFONO: _____

OCUPACIÓN: _____

MEDICAMENTO EN USO: _____

ENTIDAD REMITENTE: _____

SUPUESTA CAUSA DE INTOXICACIÓN: _____

SUSTANCIA INGERIDA: _____

CANTIDAD INGERIDA: _____

TIEMPO TRANSCURRIDO A LA TOMA DE LA MUESTRA: _____

EL PACIENTE SE ENCUENTRA: CONCIENTE: _____ INCONCIENTE: _____

TIPO DE MUESTRA RECOLECTADA: _____ CANTIDAD: _____ ml

RECIPIENTE: _____

MUESTRA COLECTADA EN: _____

PERSONA QUE TRANSPORTA LA MUESTRA: _____

PERSONA QUE RECIBE LA MUESTRA: _____

PROFESIONAL QUE PROCESA LA MUESTRA: _____

RESULTADOS

PROFESIONAL QUE EMITE RESULTADO: _____

FECHA DE ENTREGA DEL RESULTADO (d/m/a): _____

OBSERVACIONES: _____