

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: _____
