



**FORMATO DETECCIÓN ABUSO DE DROGAS (ORINA)**

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F

¿Toma algún medicamento actualmente?  Si  No

En caso afirmativo, indique cuales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_