



0000001

N° de identificación de la muestra

**PASO 1: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR O REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR**

N° de orden

A. Nombre, Dirección y N° de identificación del empleador \_\_\_\_\_ B. Nombre, Dirección, N° de teléfono y fax del Oficial de Revisión Médica (MRO) \_\_\_\_\_

C. N° de seguro social o N° de identificación del empleado del donante \_\_\_\_\_

D. Autoridad de control:  HHS  NRC Especifique agencia de DOT:  FMCSA  FAA  FRA  FTA  PHMSA  USCG

E. Motivos de la prueba:  Preempleo  Aleatoria  Sospechas fundadas  Post-accidente  Retorno al trabajo  De seguimiento  Otros (Especifique) \_\_\_\_\_

F. Pruebas para realizarse:  THC, COC, PCP, OPI, AMP  THC y COC solamente  Otras (Especifique) \_\_\_\_\_

G. Dirección del sitio de recolección: \_\_\_\_\_

N° de teléfono de recolector \_\_\_\_\_  
N° de fax de recolector \_\_\_\_\_

**PASO 2: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR (introduzca comentarios según proceda) El recolector leerá la temperatura de la muestra dentro de 4 minutos.**

¿Temperatura entre los 90° y 100° F?  Sí  No, Introduzca comentarios Tipo de muestra:  dividida  simple  no proporcionada, introduzca comentarios  ¿Frente a testigo? Introduzca comentarios

COMENTARIOS \_\_\_\_\_

**PASO 3: El recolector sellará el frasco(s) con cinta inviolable y anotará la fecha en los sellos. El donante firmará los sellos con las iniciales y completará el PASO 5 de la Copia 2 (Copia del MRO)**

**PASO 4: CADENA DE CUSTODIA – INICIADA POR EL RECOLECTOR Y COMPLETADA POR EL CENTRO DE PRUEBAS**

*Certifico que la muestra que me proporcionó el donante identificado en la sección de certificación en la Copia 2 de este formato fue recogida, etiquetada, sellada y entregada al servicio de envíos indicado, de conformidad con los requisitos federales aplicables.*

FRASCO(S) ENTREGADO AL:

**X** \_\_\_\_\_  
Firma de recolector AM  
PM  
(LETRA DE MOLDE) Nombre completo del recolector / Fecha (mm/dd/aa) / Hora de recolección

Nombre del servicio de envíos \_\_\_\_\_

**RECIBIDO EN EL LABORATORIO O EL IITF POR:**

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del técnico de laboratorio  
(LETRA DE MOLDE) Nombre completo del técnico / Fecha (mm/dd/aa)

¿Sello de muestra principal intacto?  Sí  NO  
Si NO, introduzca comentarios en el PASO 5A.

FRASCO(S) ENTREGADO AL: \_\_\_\_\_

**PASO 5A: REGISTRO DE LA MUESTRA PRINCIPAL – COMPLETADO POR EL CENTRO DE PRUEBAS**

NEGATIVO  POSITIVO para:  Metabolito de cannabis (Δ9-THCA)  Metanfetamina  MDMA  6-Acetil morfina  OXYC  HYC  
 DILUIDA  Metabolito de cocaína (BZE)  Anfetamina  MDA  Morfina  OXYM  HYM  
 PCP  Codeína

MUESTRA RECHAZADA  ADULTERADA  SUSTITUIDA  RESULTADO INVÁLIDO

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

Centro de pruebas (si diferente del anterior): \_\_\_\_\_

*Certifico que la muestra identificada en este formato fue examinada en cuanto recibida, manejada según los procedimientos de la cadena de custodia, analizada y registrada de conformidad con los requisitos federales aplicables.*

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Técnico o Científico Certificador (LETRA DE MOLDE) Nombre completo del técnico o científico certificador / Fecha (mm/dd/aa)

**PASO 5b: COMPLETADO POR EL LABORATORIO VERIFICADOR (PARA LAS MUESTRAS DIVIDIDAS)**

Nombre del laboratorio \_\_\_\_\_ Dirección del laboratorio \_\_\_\_\_

¿RESULTADO CONFIRMADO?  SÍ NO – EXPLICACIÓN \_\_\_\_\_  
*Certifico que la muestra dividida identificada en este formato fue examinada en cuanto recibida, manejada según los procedimientos de la cadena de custodia, analizada y registrada de conformidad con los requisitos federales aplicables.*

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Científico Certificador (LETRA DE MOLDE) Nombre completo del científico certificador / Fecha (mm/dd/aa)

N° OMB 0930-0158

ESCRIBA FIRMEAMENTE PARA PODER LEERSE TODAS LAS COPIAS

80308

 0000001 N° de identificación de la muestra A		0000001 <b>SELLO DEL FRASCO</b>	_____ Fecha (mm/dd/aa) _____ Iniciales del donante
 0000001 N° de identificación de la muestra (DIVIDIDA)		0000001 <b>SELLO DEL FRASCO</b>	_____ Fecha (mm/dd/aa) _____ Iniciales del donante

N° de identificación de la muestra **0000001**

**PASO 1: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR O REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR**

N° de orden

A. Nombre, Dirección y N° de identificación del empleador \_\_\_\_\_ B. Nombre, Dirección, N° de teléfono y fax del Oficial de Revisión Médica (MRO) \_\_\_\_\_

C. N° de seguro social o N° de identificación del empleado del donante \_\_\_\_\_

D. Autoridad de control:  HHS  NRC Especifique agencia de DOT:  FMCSA  FAA  FRA  FTA  PHMSA  USCG

E. Motivos de la prueba:  Preempleo  Aleatoria  Sospechas fundadas  Post-accidente  Retorno al trabajo  De seguimiento  Otros (Especifique) \_\_\_\_\_

F. Pruebas para realizarse:  THC, COC, PCP, OPI, AMP  THC y COC solamente  Otras (Especifique) \_\_\_\_\_

G. Dirección del sitio de recolección: \_\_\_\_\_

N° de teléfono de recolector \_\_\_\_\_  
N° de fax de recolector \_\_\_\_\_

N° OMB 0930-0158

**PASO 2: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR (introduzca comentarios según proceda) El recolector leerá la temperatura de la muestra dentro de 4 minutos.**

¿Temperatura entre los 90° y 100° F?  Sí  No, Introduzca comentarios Tipo de muestra:  dividida  simple  no proporcionada, introduzca comentarios  ¿Frente a testigo? Introduzca comentarios

COMENTARIOS

**PASO 3: El recolector sellará el frasco(s) con cinta inviolable y anotará la fecha en los sellos. El donante firmará los sellos con las iniciales y completará el PASO 5 de la Copia 2 (Copia del MRO)**

**PASO 4: CADENA DE CUSTODIA – INICIADA POR EL RECOLECTOR Y COMPLETADA POR EL CENTRO DE PRUEBAS**

<p><i>Certifico que la muestra que me proporcionó el donante identificado en la sección de certificación en la Copia 2 de este formato fue recogida, etiquetada, sellada y entregada al servicio de envíos indicado, de conformidad con los requisitos federales aplicables.</i></p> <p><b>X</b> _____ Firma de recolector</p> <p>_____ / ____ / ____ (LETRA DE MOLDE) Nombre completo del recolector Fecha (mm/dd/aa) Hora de recolección</p>	<p style="text-align: center;"><b>FRASCO(S) ENTREGADO AL:</b></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Nombre del servicio de envíos</p>
--	---

**PASO 5: COMPLETADO POR EL DONANTE**

Espécimen primaria

*Certifico haberle proporcionado una muestra de orina al recolector; no haberla adulterado de ninguna forma; que todos los frascos utilizados fueron sellados con cinta inviolable en mi presencia; y que la información proporcionada en este formato y en las etiquetas adheridas a cada uno de los frascos es correcta.*

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del donante

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(LETRA DE MOLDE) Nombre completo del donante Fecha (mm/dd/aa)

N° de teléfono del día (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ N° de teléfono de la tarde (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aa)

Después de haber recibido los resultados para la muestra identificada en este formato, el/la Oficial de Revisión Médica se comunicará con usted si éste tiene alguna pregunta sobre los medicamentos sin o con receta que usted haya tomado. Le será conveniente a usted, entonces, hacer una lista actual de sus medicamentos a modo de recordatorio. NO ES NECESARIO HACER ESTA LISTA. Si usted decide hacer una lista, se la puede hacer en una hoja de papel separada o en el reverso de su copia (Copia 5). – NO ESCRIBA ESTA INFORMACIÓN EN EL REVERSO DE CUALQUIER OTRA PAGINA DE ESTE FORMATO. USTED SE LLEVARÁ LA COPIA 5.

**PASO 6: COMPLETADO POR EL OFICIAL DE REVISION MEDICA – MUESTRA PRINCIPAL**

*De conformidad con los requisitos federales aplicables, verifico que el resultado es:*

**NEGATIVO**  **POSITIVO** para: \_\_\_\_\_  
 DILUIDO

**PRUEBA RECHAZADA** por estar la muestra – (marque la(s) razón siguiente): \_\_\_\_\_  **PRUEBA CANCELADA**  
 ADULTERADA (adulterante/razón): \_\_\_\_\_  
 SUSTITUIDA  
 OTRAS: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Oficial de Revisión Médica

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(LETRA DE MOLDE) Nombre completo del Oficial de Revisión Médica Fecha (mm/dd/aa)

**PASO 7: COMPLETADO POR EL OFICIAL DE REVISION MEDICA – MUESTRA DIVIDIDA**

*De conformidad con los requisitos federales aplicables, verifico que el resultado de la muestra dividida (si analizada) está:*

**CONFIRMADO** para: \_\_\_\_\_  **PRUEBA CANCELADA**  
 **NO CONFIRMADO** para: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Oficial de Revisión Médica

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(LETRA DE MOLDE) Nombre completo del Oficial de Revisión Médica Fecha (mm/dd/aa)

N° de identificación de la muestra

0000001

N° de orden

**PASO 1: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR O REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR**

A. Nombre, Dirección y N° de identificación del empleador \_\_\_\_\_ B. Nombre, Dirección, N° de teléfono y fax del Oficial de Revisión Médica (MRO) \_\_\_\_\_

C. N° de seguro social o N° de identificación del empleado del donante \_\_\_\_\_

D. Autoridad de control:  HHS  NRC Especifique agencia de DOT:  FMCSA  FAA  FRA  FTA  PHMSA  USCG

E. Motivos de la prueba:  Preempleo  Aleatoria  Sospechas fundadas  Post-accidente  Retorno al trabajo  De seguimiento  Otros (Especifique) \_\_\_\_\_

F. Pruebas para realizarse:  THC, COC, PCP, OPI, AMP  THC y COC solamente  Otras (Especifique) \_\_\_\_\_

G. Dirección del sitio de recolección: \_\_\_\_\_

N° de teléfono de recolector \_\_\_\_\_  
N° de fax de recolector \_\_\_\_\_

**PASO 2: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR (introduzca comentarios según proceda) El recolector leerá la temperatura de la muestra dentro de 4 minutos.**

¿Temperatura entre los 90° y 100° F?  Sí  No, Introduzca comentarios Tipo de muestra:  dividida  simple  no proporcionada, introduzca comentarios  ¿Frente a testigo? Introduzca comentarios

COMENTARIOS

**PASO 3: El recolector sellará el frasco(s) con cinta inviolable y anotará la fecha en los sellos. El donante firmará los sellos con las iniciales y completará el PASO 5 de la Copia 2 (Copia del MRO)**

**PASO 4: CADENA DE CUSTODIA – INICIADA POR EL RECOLECTOR Y COMPLETADA POR EL CENTRO DE PRUEBAS**

*Certifico que la muestra que me proporcionó el donante identificado en la sección de certificación en la Copia 2 de este formato fue recogida, etiquetada, sellada y entregada al servicio de envíos indicado, de conformidad con los requisitos federales aplicables.*

<p><b>X</b> _____</p> <p style="text-align: center;">Firma de recolector</p> <p style="text-align: right;">AM PM</p> <p>_____/_____/_____ (LETRA DE MOLDE) Nombre completo del recolector Fecha (mm/dd/aa) Hora de recolección</p>	<p style="text-align: center;"><b>FRASCO(S) ENTREGADO AL:</b></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Nombre del servicio de envíos</p>
--	---

**PASO 5: COMPLETADO POR EL DONANTE**

Espécimen primaria

*Certifico haberle proporcionado una muestra de orina al recolector; no haberla adulterado de ninguna forma; que todos los frascos utilizados fueron sellados con cinta inviolable en mi presencia; y que la información proporcionada en este formato y en las etiquetas adheridas a cada uno de los frascos es correcta.*

**X** \_\_\_\_\_

Firma del donante

(LETRA DE MOLDE) Nombre completo del donante

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha (mm/dd/aa)

N° de teléfono del día (\_\_\_\_\_) N° de teléfono de la tarde (\_\_\_\_\_) Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aa)

Después de haber recibido los resultados para la muestra identificada en este formato, el/la Oficial de Revisión Médica se comunicará con usted si éste tiene alguna pregunta sobre los medicamentos sin o con receta que usted haya tomado. Le será conveniente a usted, entonces, hacer una lista actual de sus medicamentos a modo de recordatorio. NO ES NECESARIO HACER ESTA LISTA. Si usted decide hacer una lista, se la puede hacer en una hoja de papel separada o en el reverso de su copia (Copia 5). – NO ESCRIBA ESTA INFORMACIÓN EN EL REVERSO DE CUALQUIER OTRA PAGINA DE ESTE FORMATO. USTED SE LLEVARÁ LA COPIA 5.

**PASO 6: COMPLETADO POR EL OFICIAL DE REVISION MEDICA – MUESTRA PRINCIPAL**

*De conformidad con los requisitos federales aplicables, verifico que el resultado es:*

**NEGATIVO**  **POSITIVO** para: \_\_\_\_\_  
 DILUIDO

**PRUEBA RECHAZADA** por estar la muestra – (marque la(s) razón siguiente): \_\_\_\_\_  **PRUEBA CANCELADA**  
 ADULTERADA (adulterante/razón): \_\_\_\_\_  
 SUSTITUIDA  
 OTRAS: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_

Firma del Oficial de Revisión Médica

(LETRA DE MOLDE) Nombre completo del Oficial de Revisión Médica

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha (mm/dd/aa)

**PASO 7: COMPLETADO POR EL OFICIAL DE REVISION MEDICA – MUESTRA DIVIDIDA**

*De conformidad con los requisitos federales aplicables, verifico que el resultado de la muestra dividida (si analizada) está:*

**CONFIRMADO** para: \_\_\_\_\_  **PRUEBA CANCELADA**  
 **NO CONFIRMADO** para: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_

Firma del Oficial de Revisión Médica

(LETRA DE MOLDE) Nombre completo del Oficial de Revisión Médica

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha (mm/dd/aa)

Nº de identificación de la muestra

0000001

**PASO 1: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR O REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR**

Nº de orden

A. Nombre, Dirección y Nº de identificación del empleador \_\_\_\_\_ B. Nombre, Dirección, Nº de teléfono y fax del Oficial de Revisión Médica (MRO) \_\_\_\_\_

C. Nº de seguro social o Nº de identificación del empleado del donante \_\_\_\_\_

D. Autoridad de control:  HHS  NRC Especifique agencia de DOT:  FMCSA  FAA  FRA  FTA  PHMSA  USCG

E. Motivos de la prueba:  Preempleo  Aleatoria  Sospechas fundadas  Post-accidente  Retorno al trabajo  De seguimiento  Otros (Especifique) \_\_\_\_\_

F. Pruebas para realizarse:  THC, COC, PCP, OPI, AMP  THC y COC solamente  Otras (Especifique) \_\_\_\_\_

G. Dirección del sitio de recolección: \_\_\_\_\_

Nº de teléfono de recolector \_\_\_\_\_  
Nº de fax de recolector \_\_\_\_\_

**PASO 2: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR (introduzca comentarios según proceda) El recolector leerá la temperatura de la muestra dentro de 4 minutos.**

¿Temperatura entre los 90° y 100° F?  Sí  No, Introduzca comentarios Tipo de muestra:  dividida  simple  no proporcionada, introduzca comentarios  ¿Frente a testigo? Introduzca comentarios

COMENTARIOS \_\_\_\_\_

**PASO 3: El recolector sellará el frasco(s) con cinta inviolable y anotará la fecha en los sellos. El donante firmará los sellos con las iniciales y completará el PASO 5 de la Copia 2 (Copia del MRO)**

**PASO 4: CADENA DE CUSTODIA – INICIADA POR EL RECOLECTOR Y COMPLETADA POR EL CENTRO DE PRUEBAS**

*Certifico que la muestra que me proporcionó el donante identificado en la sección de certificación en la Copia 2 de este formato fue recogida, etiquetada, sellada y entregada al servicio de envíos indicado, de conformidad con los requisitos federales aplicables.*

<p><b>X</b> _____ Firma de recolector</p> <p>_____ / ____ / ____ (LETRA DE MOLDE) Nombre completo del recolector Fecha (mm/dd/aa) Hora de recolección</p>	<p><b>FRASCO(S) ENTREGADO AL:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Nombre del servicio de envíos</p>
---	---

**PASO 5: COMPLETADO POR EL DONANTE** Espécimen primaria

*Certifico haberle proporcionado una muestra de orina al recolector; no haberla adulterado de ninguna forma; que todos los frascos utilizados fueron sellados con cinta inviolable en mi presencia; y que la información proporcionada en este formato y en las etiquetas adheridas a cada uno de los frascos es correcta.*

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del donante

\_\_\_\_\_ (LETRA DE MOLDE) Nombre completo del donante \_\_\_\_\_  
Fecha (mm/dd/aa)

Nº de teléfono del día (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Nº de teléfono de la tarde (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aa)

Después de haber recibido los resultados para la muestra identificada en este formato, el/la Oficial de Revisión Médica se comunicará con usted si éste tiene alguna pregunta sobre los medicamentos sin o con receta que usted haya tomado. Le será conveniente a usted, entonces, hacer una lista actual de sus medicamentos a modo de recordatorio. NO ES NECESARIO HACER ESTA LISTA. Si usted decide hacer una lista, se la puede hacer en una hoja de papel separada o en el reverso de su copia (Copia 5). – NO ESCRIBA ESTA INFORMACIÓN EN EL REVERSO DE CUALQUIER OTRA PAGINA DE ESTE FORMATO. USTED SE LLEVARÁ LA COPIA 5.

**PASO 6: COMPLETADO POR EL OFICIAL DE REVISION MEDICA – MUESTRA PRINCIPAL**

*De conformidad con los requisitos federales aplicables, verifico que el resultado es:*

**NEGATIVO**  **POSITIVO** para: \_\_\_\_\_  
 DILUIDO

**PRUEBA RECHAZADA** por estar la muestra – (marque la(s) razón siguiente): \_\_\_\_\_  **PRUEBA CANCELADA**  
 ADULTERADA (adulterante/razón): \_\_\_\_\_  
 SUSTITUIDA  
 OTRAS: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Oficial de Revisión Médica

\_\_\_\_\_ (LETRA DE MOLDE) Nombre completo del Oficial de Revisión Médica \_\_\_\_\_  
Fecha (mm/dd/aa)

**PASO 7: COMPLETADO POR EL OFICIAL DE REVISION MEDICA – MUESTRA DIVIDIDA**

*De conformidad con los requisitos federales aplicables, verifico que el resultado de la muestra dividida (si analizada) está:*

**CONFIRMADO** para: \_\_\_\_\_  **PRUEBA CANCELADA**  
 **NO CONFIRMADO** para: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Oficial de Revisión Médica

\_\_\_\_\_ (LETRA DE MOLDE) Nombre completo del Oficial de Revisión Médica \_\_\_\_\_  
Fecha (mm/dd/aa)

Nº OMB 0930-0158

**Declaración de Carga Pública:**

No se le permite a ninguna entidad llevar a cabo ni financiar, y ningún individuo está obligado a responder a, una solicitud de información a menos que ésta muestre un número de control OMB válido y vigente. El número de control OMB para este proyecto es 0930-0158. Se estima que la carga pública para completar esta solicitud de información será de un promedio de: 5 minutos para el donante; 4 minutos para el recolector; 3 minutos para el centro de pruebas; y 3 minutos para el oficial de revisión médica. Remita sus comentarios referente a esta declaración de carga pública o cualquier otro aspecto de esta solicitud de información, incluyendo sus sugerencias para reducir la carga, a: SAMHSA Reports Clearance Officer, 1 Choke Cherry Road, Room -1057, Rockville, Maryland, 20857.

N° de identificación de la muestra

0000001

**PASO 1: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR O REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR**

N° de orden

A. Nombre, Dirección y N° de identificación del empleador \_\_\_\_\_ B. Nombre, Dirección, N° de teléfono y fax del Oficial de Revisión Médica (MRO) \_\_\_\_\_

C. N° de seguro social o N° de identificación del empleado del donante \_\_\_\_\_

D. Autoridad de control:  HHS  NRC Especifique agencia de DOT:  FMCSA  FAA  FRA  FTA  PHMSA  USCG

E. Motivos de la prueba:  Preempleo  Aleatoria  Sospechas fundadas  Post-accidente  Retorno al trabajo  De seguimiento  Otros (Especifique) \_\_\_\_\_

F. Pruebas para realizarse:  THC, COC, PCP, OPI, AMP  THC y COC solamente  Otras (Especifique) \_\_\_\_\_

G. Dirección del sitio de recolección: \_\_\_\_\_

N° de teléfono de recolector \_\_\_\_\_  
N° de fax de recolector \_\_\_\_\_

N° OMB 0930-0158

**PASO 2: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR (introduzca comentarios según proceda) El recolector leerá la temperatura de la muestra dentro de 4 minutos.**

¿Temperatura entre los 90° y 100° F?  Sí  No, Introduzca comentarios Tipo de muestra:  dividida  simple  no proporcionada, introduzca comentarios  ¿Frente a testigo? Introduzca comentarios

COMENTARIOS

**PASO 3: El recolector sellará el frasco(s) con cinta inviolable y anotará la fecha en los sellos. El donante firmará los sellos con las iniciales y completará el PASO 5 de la Copia 2 (Copia del MRO)**

**PASO 4: CADENA DE CUSTODIA – INICIADA POR EL RECOLECTOR Y COMPLETADA POR EL CENTRO DE PRUEBAS**

*Certifico que la muestra que me proporcionó el donante identificado en la sección de certificación en la Copia 2 de este formato fue recogida, etiquetada, sellada y entregada al servicio de envíos indicado, de conformidad con los requisitos federales aplicables.*

FRASCO(S) ENTREGADO AL:

**X** \_\_\_\_\_  
Firma de recolector AM  
\_\_\_\_\_ PM  
(LETRA DE MOLDE) Nombre completo del recolector / Fecha (mm/dd/aa) / Hora de recolección Nombre del servicio de envíos

**PASO 5: COMPLETADO POR EL DONANTE**

Espécimen primaria

*Certifico haberle proporcionado una muestra de orina al recolector; no haberla adulterado de ninguna forma; que todos los frascos utilizados fueron sellados con cinta inviolable en mi presencia; y que la información proporcionada en este formato y en las etiquetas adheridas a cada uno de los frascos es correcta.*

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del donante (LETRA DE MOLDE) Nombre completo del donante Fecha (mm/dd/aa)

N° de teléfono del día ( ) N° de teléfono de la tarde ( ) Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)

Después de haber recibido los resultados para la muestra identificada en este formato, el/la Oficial de Revisión Médica se comunicará con usted si éste tiene alguna pregunta sobre los medicamentos sin o con receta que usted haya tomado. Le será conveniente a usted, entonces, hacer una lista actual de sus medicamentos a modo de recordatorio. NO ES NECESARIO HACER ESTA LISTA. Si usted decide hacer una lista, se la puede hacer en una hoja de papel separada o en el reverso de su copia (Copia 5). – NO ESCRIBA ESTA INFORMACIÓN EN EL REVERSO DE CUALQUIER OTRA PAGINA DE ESTE FORMATO. USTED SE LLEVARÁ LA COPIA 5.

**PASO 6: COMPLETADO POR EL OFICIAL DE REVISION MEDICA – MUESTRA PRINCIPAL**

*De conformidad con los requisitos federales aplicables, verifico que el resultado es:*

NEGATIVO  POSITIVO para: \_\_\_\_\_  
 DILUIDO

PRUEBA RECHAZADA por estar la muestra – (marque la(s) razón siguiente): \_\_\_\_\_  PRUEBA CANCELADA  
 ADULTERADA (adulterante/razón): \_\_\_\_\_  
 SUSTITUIDA  
 OTRAS: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Oficial de Revisión Médica (LETRA DE MOLDE) Nombre completo del Oficial de Revisión Médica Fecha (mm/dd/aa)

**PASO 7: COMPLETADO POR EL OFICIAL DE REVISION MEDICA – MUESTRA DIVIDIDA**

*De conformidad con los requisitos federales aplicables, verifico que el resultado de la muestra dividida (si analizada) está:*

CONFIRMADO para: \_\_\_\_\_  PRUEBA CANCELADA  
 NO CONFIRMADO para: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Oficial de Revisión Médica (LETRA DE MOLDE) Nombre completo del Oficial de Revisión Médica Fecha (mm/dd/aa)

## Instrucciones para el llenado del formato federal custodia y control para la recolección de muestras de orina

*Si usted está anotando los datos del CCF en papel, use solamente tinta negra o azul y escriba firmemente.*

El recolector asegurará que el nombre y la dirección del Primer centro de pruebas equipado (IITF) certificado por el HHS o del laboratorio certificado por el HHS aparecen en la parte superior del CCF federal, y que el número de identificación de la muestra indicada en la parte superior del CCF federal corresponde al número de identificación de la muestra en los sellos y etiquetas.

### PASO 1:

- El recolector asegurará que se ha introducido toda la información requerida en el PASO 1. El recolector introducirá comentarios en el PASO 2 en caso de que el donante se rehúse a proporcionar su número de seguro social o su número de identificación de empleado.
- El recolector le entregará al donante el recipiente para la toma de la muestra y le pedirá que proporcione una muestra. El recolector observará si el donante presenta cualquier conducta o apariencia fuera de lo normal, e introducirá sus observaciones en el espacio para comentarios en el PASO 2. Si en cualquier momento durante el procedimiento de recolección la conducta del donante evidencia claramente un intento de manipular la muestra, el recolector anotará sus observaciones en el espacio para comentarios en el PASO 2 y tomará las acciones necesarias.

### PASO 2:

- El recolector leerá la temperatura de la muestra dentro de 4 minutos una vez recibida la muestra del donante, y marcará la casilla apropiada en el PASO 2. Si la temperatura está fuera del rango aceptable, el recolector introducirá sus comentarios en el PASO 2 y tomará las acciones necesarias.
- El recolector examinará la muestra, anotará cualquier hallazgo anormal y tomará las acciones necesarias. No se puede enviar a un IITF una muestra que presente características físicas anormales (p. ej. color anormal, la presencia de objetos o materias extraños, olor anormal). Una muestra así recibida se la debe enviar a un laboratorio certificado por el HHS para hacer los análisis necesarios.
- El recolector examinará el volumen de la muestra en el recipiente. Si el volumen proporcionado satisface lo requerido, el recolector continuará con el procedimiento. Si no se ha proporcionado el volumen requerido por la agencia federal, el recolector tomará las acciones necesarias e introducirá sus comentarios en el PASO 2. Si no se ha podido obtener una muestra completa antes del cierre del proceso de recolección, el recolector marcará la casilla Muestra *no proporcionada*, introducirá sus comentarios en el PASO 2, desechará la Copia 1 y entregará las copias restantes tal como se requiere.
- El recolector marcará la casilla para una muestra dividida o simple. Si se ha realizado la obtención de la muestra frente a un testigo, el recolector marcará la casilla correspondiente e introducirá sus comentarios en el PASO 2.

### PASO 3:

- El donante observará al recolector verter la muestra del recipiente dentro del frasco(s), colocar la tapa(s) del frasco y adherir los sellos y etiquetas al frasco(s).
- Después de adherir los sellos y etiquetas al frasco(s), el recolector escribirá la fecha en los mismos.
- El donante firmará con sus iniciales los sellos y etiquetas adheridos al frasco(s).
- El recolector pedirá al donante que lea y complete la declaración de certificación en el PASO 5 de la Copia 2 (firma, nombre en letra de molde, fecha, números de contacto y fecha de nacimiento). Si el donante se rehúsa a firmar la declaración de certificación, el recolector introducirá sus comentarios en el PASO 2 de la Copia 1.

### PASO 4:

- El recolector completará el PASO 4 de la Copia 1 (firma, nombre en letra de molde, fecha, hora de recolección y nombre del servicio de envíos) y colocará el frasco(s) sellado en una bolsa a prueba de goteo.
- Para el CCF en papel: El recolector colocará la Copia 1 en la bolsa a prueba de goteo. Para el CCF electrónico: El recolector imprimirá una copia de la Copia 1 y la colocará en la bolsa a prueba de goteo y/o sujetará la etiqueta del envase (con el número de identificación de la muestra, el nombre e información de contacto del centro de pruebas y el nombre e información de contacto del sitio de recolección) por fuera de la bolsa.
- El recolector sellará la bolsa, preparará el envase de la muestra para el envío y entregará las copias restantes del CCF tal como se requiere.

### Declaración de la Ley de Privacidad: (Para los empleados federales solamente)

Proporcionar la información solicitada en el Registro Federal de Custodia y Control es voluntario. No obstante, si usted no proporciona información completa, se rehúsa a proporcionar la muestra, o sustituye o adultera la muestra, esto podría resultar en el retraso o denegación de su solicitud de empleo/puesto, o en acciones disciplinarias hasta e incluyendo su despedida del empleo federal.

La autorización para obtener la muestra y la información de identificación aquí proporcionada proviene del Orden Presidencial 12564 ("Drug-Free Federal Workplace"/Política federal de un lugar de trabajo libre de drogas), 5 U.S.C. Sec. 3301 (2), 5 U.S.C. Sec. 7301, y Sección 503 de la Ley Pública 100-71, 5 U.S.C. Sec. 7301 nota. Bajo las disposiciones del Orden Presidencial 12564 y 5 U.S.C. 7301, el acceso a los resultados se les concede solamente a los funcionarios que tienen necesidades de saberlos. Éstos pueden incluir al Oficial de Revisión Médica, el administrador del Programa de Asistencia al Empleado y el supervisor autorizado para tomar acciones en contra del personal. Además, se podrá facilitar esta información en un tribunal cuando sea necesario para defenderse contra una impugnación de las acciones en contra del personal.

La ley no requiere que usted proporcione su número de seguro social y hacerlo es un acto voluntario. Si usted se rehúsa a proporcionar su número, no se le puede denegar ningún derecho, beneficio o privilegio otorgados por la ley. Conforme al Orden Presidencial 9397, se solicitará el número de seguro social con motivo de poder vincular sus datos localizados en diferentes archivos relacionados con usted y con motivo de poder identificar la muestra proporcionada para la prueba. Si se rehúsa a proporcionar su número de seguro social, se le asignará un número sustituto u otro identificador según se requiera para procesar la muestra.

### Declaración de Carga Pública:

Declaración de Carga Pública: No se le permite a ninguna entidad llevar a cabo ni financiar, y ningún individuo está obligado a responder a, una solicitud de información a menos que ésta muestre un número de control OMB válido y vigente. El número de control OMB para este proyecto es 0930-0158. Se estima que la carga pública para completar esta solicitud de información será de un promedio de: 5 minutos para el donante; 4 minutos para el recolector; 3 minutos para el centro de pruebas; y 3 minutos para el oficial de revisión médica. Remita sus comentarios referente a esta declaración de carga pública o cualquier otro aspecto de esta solicitud de información, incluyendo sus sugerencias para reducir la carga, a: SAMHSA Reports Clearance Officer, 1 Choke Cherry Road, Room -1057, Rockville, Maryland, 20857.