

ANEXO "H" EXAMEN TOXICOLÓGICO.

CERTIFICADO MEDICO-TOXICOLÓGICO DE NO CONSUMO DE DROGAS, ENERVANTES O PSICOTRÓPICOS.

EL SUSCRITO MEDICO CIRUJANO (Nombre completo y apellidos), LEGALMENTE AUTORIZADO POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES PARA EJERCER LA PROFESIÓN DE MEDICO CIRUJANO, CON CEDULA PROFESIONAL NUMERO (con cifra).

C E R T I F I C A

QUE HABIENDO PRACTICADO RECONOCIMIENTO MEDICO CON CARÁCTER TOXICOLÓGICO EL DÍA DE LA FECHA A LAS (con letra) HORAS AL C. (Nombre completo y apellidos), DE (con letra) AÑOS DE EDAD, LO ENCONTRÉ: SIN SIGNOS NI SÍNTOMAS AGUDOS NI CRÓNICOS QUE INDIQUEN LA EVIDENCIA DE CONSUMO DE ALGÚN TIPO DE DROGAS, ENERVANTES O PSICOTRÓPICOS. SE COMPLEMENTO LA EVALUACIÓN CON EL EXAMEN DE LABORATORIO TOXICOLÓGICO EN ORINA, RESULTANDO NEGATIVO PARA LA PRESENCIA DE METABOLITOS DE DROGAS COMO CANNABIS, COCAÍNA, ANFETAMINAS, BARBITÚRICOS Y BENZODIACEPINAS.

POR LO ANTERIOR SE ESTABLECE QUE EL C. (Nombre completo y apellidos), NO PRESENTA EVIDENCIA CLÍNICA NI QUÍMICA NI ENZIMÁTICA DE SER AFECTO AL CONSUMO DE DROGAS, ENERVANTES O PSICOTRÓPICOS.

EXPIDO EL PRESENTE CERTIFICADO MEDICO, A PETICIÓN DEL C. (Nombre completo y apellidos), PARA LOS USOS LEGALES A QUE HAYA LUGAR, EN LA CIUDAD DE (Nombre y Estado), A LOS (con letra) DÍAS DEL MES DE (con letra) DEL AÑO (con letra).

Dr. (nombre completo y apellidos).
(No. Cédula Prof.).

NOTA:- Se deberá adjuntar a este documento el resultado de los estudios químicos toxicológicos que se hubieren practicado al interesado.