



M D MEDICAL CLINICS
Occupational Services

Richard E. Hughes, M.D.
Medical Director

1300 N. Kraemer Blvd. • Anaheim, CA 92806
(714) 630-6363 • Fax (714) 630-6318

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA INVESTIGAR DROGAS/ALCOHOL

Yo _____ doy autorizacion a MD Medical Clinics, se su corporacion paternidad o sus filiales o subsidiarios, o cualquier doctor, clinica, laboratorio o facilidad medica designados a ellos, a colectar orina, aliento, sangre o otras muestras para investigar drogas/alcohol como esta requerido.

Yo entiendo que todos los resultados y las evaluaciones para investigar drogas/alcohol no sera informacion confidencial medica por el Departamento Medico y los resultados pueden ser discutidos con la Administracion de la Compania o agente(s) para la Compania.

Yo tambien entiendo, en conformidad de la Declaracion de la Compania en su Curzo de Accion de Abuso de Drogas/Alcohol, que los resultados de esta prueba pueden afectar mi condicion de empleo con la Compania.

Fecha _____ Firma _____

Seguro Social _____ Testigo _____

POR FAVOR PRESENTE SU IDENTIFICACION.

REMUEVA SU SOBRE ROPA. (CHAMARRA, SUETER, ETC.)

SE LE VA A REQUERIR DAR UNA MUESTRA DE **ORINA**, SI LA ORINA NO ESTA A LA TEMPERATURA REQUERIDA, O A SIDO ALTERADA EN CUALQUIER FORMA, UNA SEGUNDA Y **OBSERVADA** MUESTRA DE ORINA SERA COLLECTADA.

"Keeping You on Your Job is Our Job"