

Memorial Prompt Care Medical Group, Inc.

In-Office Drug Screen

Consent Form

1. Yo autorizo para que colecten una muestra de orine con el propósito de hacer una prueba de drogas.
2. Estoy conciente he informado que la prueba de drogas será examinada en mi presencia para las siguientes drogas cocaína, methamphetaminas, morfina, PCP, phencyclina, TCH, marijuana. Y que la información que he dado en esta forma es correcta.
3. Comprendo que esta prueba es un examen preliminar y que una confirmación de otro laboratorio podría ser necesaria si los resultados de esta prueba no son negativos.
4. Autorizo al colector para que mande la muestra de orine a otro laboratorio para confirmar los resultados, si no son negativos.
5. Autorizo a la clínica, Memorial Prompt Care, para que me presente los resultados a mi empleador identificado en esta forma o su agente designado.
6. Comprendo que el personal medico que performara esta prueba no puede contestar, explicar o discutir los resultados preliminares o métodos usados para esta prueba.

Los resultados finales estarán disponibles y tendré la oportunidad de revisar y discutir los resultados con el director medico si es necesario.

Nombre del Paciente

Numero del Seguro Social

Firma

Fecha

Nombre de la Empleadora

Dirección de la Empleadora

Testigo/a (Enfermera witness)

Fecha