



## Consentimiento Para Examen De Drogas Y/O Alcohol Y Excusa De Responsabilidad

Esto sirve para certificar que Yo, \_\_\_\_\_,  
(Nombre en Letra de Molde)

He venido voluntaria mente al Alliance Ocupacional Medico para proveer una o mas de las siguientes muestras de orin, muestra de halito para propositos unicamente pata determinar si estoy actualmente bajo la influencia del alcohol y/o una sustancia contolada o ilegal.

Yo libero as Alliance Ocupacional Medico aka Alliance Medico Corporation, de aqui en adelante llamado AOM, sus predecesores, sucesores, afiliados, oficiales presentes y pasados, directores, agents, empleados de cualquier y todo reclamo, responsabilidades y materias relacionada a que yo voluntariamente me someta a los exámenes de drogas y/o alcohol. Especificamente, acuerdo y complrende que AOM no es responsable en cualquier forma por niguna consecuencia que resulte de la prueba de drogas y/o alcohol y totalmente libero a AOM de todo reclamo y demandas que puedan provenir surgir, o ser incidentals a dicha prueba de drogas y/o alcohol.

Y ADICIONALMENTE,

Doy mi consnetimiento a dejar que: \_\_\_\_\_  
(El Nombre de Compania)

sus agents designados vean el resultado de cualquier examen administrado por AOM, sus laboratorios clinicos designados o los laboratorios cliicos designados de la compania medncionad arriba. Y adicionalmente, acuerdo retener inoffensive a AOM, sus medicos, empleados y los agents quienes desempeenan el trabajo o desempeenan servicios para AOM de cualquier accion que pueda provenir de tales resultados de prueba siendo divulgados a dicha compania.

Por la presente certifico que he leido el Consentimiento de Exámenes para la Droga y/o Alcohol y Excusa de Responsabilidad y totalmente acuerdo y comprendo los contenidos del mismo.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Molda

\_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social