Occupational Health Center
2050 Michigan Avenue
Mobile AL 36615

Nombre: _____
último **primero** **segundo nombre**

Direccion: _____

Ciudad: _____**Estado:** _____**Comprimir:** _____

Sexo: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
SSN:_____

Teléfono: _____ teléfono del trabajo: _____

Employer: _____

Consentimiento para examen o pantalla de drogas

Los abajo firmantes por la presente consiente que los médicos y empleados del centro de salud ocupacional pueden llevar a cabo una evaluación física, médica, o pantalla de drogas o otros ensayos, según lo requerido por el empleador. I dar su consentimiento a un examen físico y permitir el centro de salud ocupacional que informe a mi empleador y los resultados en los registros médicos de acuerdo. También autorizo a centro de salud ocupacional para tomar una muestra de orina o aliento para detectar la presencia de drogas, alcohol y sustancias químicas, solicitadas por el empresario. Autorizo a centro de salud ocupacional para liberar los resultados de la prueba, independientemente de si los resultados son negativos o positivos, a mi empleador o el empleador. Entiendo que tengo el derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento. Este consentimiento no se aplica a las colecciones de interpretada bajo las regulaciones del departamento de transporte.

_____ _____
Paciente Firmar **Fecha**