COMPANY LOGO

EMPLOYEE DRUG AND ALCOHOL SCREEN CONSENT FORM

I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Print Name), hereby understand that this company utilizes drug and alcohol screening to promote workplace safety and health. As a condition of my employment, I may be subject to drug and/or alcohol testing for any of the following reasons:

• Pre-employment

• Post-Hire

• Post-Accident (per Federal and State guidelines)

• For Cause or Suspicion

• Random

• Promotion and/or Job Transition

I understand that a positive test result for alcohol and/or drugs, or my refusal to authorize the test by signing this form, may result in termination of my employment. I also understand that a positive test result for alcohol and/or drugs, or my refusal to authorize the test by signing this form, may result in denial of my claim for workers’ compensation benefits. I further understand that the illegal use, sale, possession, or distribution of drugs or alcohol, as well as any illegally obtained prescription medication, is a violation of company policy and is cause for immediate termination. I release my employer, the qualified personnel collecting the sample and the lab performing the analysis from any liability whatsoever arising from this request. I understand prescription drugs not prescribed to me may be considered an illegal substance. This acknowledgment of administration and consent will allow participation in the drug and alcohol testing program and shall remain in effect until revoked in writing. I understand and accept the terms of this agreement as a condition of my employment.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Employee Printed Name Employee Signature

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Driver’s License Number Social Security Number

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Today’s Date Employee’s Street Address

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 City State Zip Code

LOGO DE LA COMPAÑÍA

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PANTALLA DE ALCOHOL Y DROGAS PARA EMPLEADOS

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nombre Impreso), Reconozco que esta empresa utiliza pruebas de detección de drogas y alcohol para promover la seguridad y la salud en el lugar de trabajo. Como condición de mi empleo, puedo estar sujeto a pruebas de drogas y/o alcohol por cualquiera de las siguientes razones:

• Preempleo

• Después de contratación

• Después de un accidente (según las pautas federales y estatales)

• Por causa o sospecho

• Aleatorio

• Promoción y/o transición laboral

Entiendo que un resultado positivo de la prueba de alcohol y/o drogas, o mi negativa a autorizar la prueba puede resultar en la terminación de mi empleo. También entiendo que un resultado positivo de la prueba de alcohol y/o drogas, o mi negativa a autorizar la prueba al firmar este formulario, puede resultar en la denegación de mi reclamo de beneficios de compensación para trabajadores. Además, entiendo que el uso ilegal, venta, posesión o distribución de drogas o alcohol, así como cualquier medicamento recetado obtenido ilegalmente, es una violación de la póliza de la compañía y es causa de terminación inmediata. Entiendo que los medicamentos recetados que no me recetaron (o que se toman de una manera incompatible con las órdenes de mi médico) pueden considerarse una sustancia ilegal. Libero a mi empleador, al personal calificado que recolecta mi muestra y al laboratorio que realiza el análisis de cualquier responsabilidad que surja de esta solicitud.

Este reconocimiento de administración y consentimiento permitirá la participación en el programa de pruebas de drogas y alcohol y permanecerá vigente hasta que se revoque por escrito. Entiendo y acepto los términos de este acuerdo como una condición de mi empleo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre impreso del empleado Firma del empleado

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Licencia de conducir Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Dirección del Empleado

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ciudad Estado Código Postal