

## CONSENTIMIENTO DEL EMPLEADO PARA SOMETERSE A PRUEBA DE DROGAS Y/O ALCOHOL

Entiendo que se requiere someterse a pruebas de drogas y/o alcohol del tipo "Post-Accidente" como una condición de empleo con esta Compañía. Entiendo que en el caso dado que los resultados de semejante prueba me resulten positivos o si rehusó someterme a dicha prueba, estaré sujeto a las acciones disciplinarias de la Compañía, que incluyen el despido. Entiendo que el tocar con una muestra de prueba de drogas y/o alcohol se considerará una negación de someterme a tal prueba, resultando en la posible terminación de mi empleo..

Por la presente doy mi consentimiento para la divulgación de los resultados de las pruebas de mi sangre y/o urinálisis, a la(s) persona(s) o departamento(s), o al agente designado por mi empleador, inclusive a la Agencia de Seguro de Toda Responsabilidad del Patron por Accidentes de Trabajo, para el propósito de determinar la presencia de alcohol y/o otras drogas en mi cuerpo durante el período de mi empleo.

Entiendo que si sufro una lesión durante el curso y alcance de mis deberes laborales, y dado el caso que mis pruebas resulten positivas en cuanto a la presencia de alcohol y/o drogas, podré perder los derechos a prestaciones médicas e indemnización según la Ley de la Florida sobre compensación por accidentes de trabajo (Leyes de la Florida 440.101, 440 102).. Asimismo, entiendo que mi denegación a someterme a pruebas en estas circunstancias dará automáticamente como resultado la pérdida de mis derechos a prestaciones médicas e indemnización, e incluye mi posible despido.

Al firmar este formulario, libero a la Compañía y/o el Funcionario de Revisión Médica de la Compañía los resultados de la(s) prueba(s) para las cuales he dado mi consentimiento. Además, autorizo que la Compañía discuta los resultados con el personal médico/los médicos quienes han tomado las muestras, con la entidad efectuando las pruebas, sus directivos, agentes y empleados responsables por la administración de la(s) prueba(s) mencionada(s) o la evaluación de los resultados de la(s) misma(s). También autoriza que la Compañía discuta los resultados con sus consejeros legales y utilice los resultados de prueba como defensa en cualquier acción legal de la cual soy una parte.

Además, libero a cualquier entidad dedicada al procesamiento de tales pruebas, o a cualesquier médicos quienes me hayan examinado, de cualquier responsabilidad que pudiera resultar de la liberación de cualquier y todo resultado, reporte por escrito, historia médica y datos relacionados a dicha(s) prueba(s) a los ejecutivos del caso de la Compañía. Doy mi permiso para la divulgación de los resultados a la Empresa y/o al Funcionario de Revisión Médica de la Compañía.

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

*(Firma del padre o guardian si el empleado es menor de edad)*

\_\_\_\_\_  
Letra de Imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
No. de Seguro Social del Empleado

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**O**

Por la presente, rehusó someterme a pruebas de drogas y/o alcohol.

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

*(Firma del padre o guardian si el empleado es menor de edad)*

\_\_\_\_\_  
Letra de Imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
No. de Seguro Social del Empleado

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha