



N° de identificación de la muestra

0000001

ORDEN N°

PASO 1: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR O REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR

A. Nombre, Dirección y N° de identificación del empleador

B. Nombre, Dirección, N° de teléfono y fax del Funcionario de Revisión Médica (MRO)

C. No. de seguro social del donante, No. de identificación del empleado, o estado y No. de la licencia CDL

D. Autoridad de control: ☐ HHS ☐ NRC      Agencia de DOT: ☐ FMCSA ☐ FAA ☐ FRA ☐ FTA ☐ PHMSA ☐ USCG

E. Motivo de la prueba: ☐ Preempleo ☐ Aleatoria ☐ Sospecha/Causa fundada ☐ Postaccidente ☐ Regreso al trabajo ☐ Seguimiento ☐ Otra (especifique)

F. Pruebas a realizar: ☐ THC, COC, PCP, OPI, AMP ☐ THC y COC solamente ☐ Otra (especifique)

G. Dirección del centro de recolección:      Información de contacto del recolector:      Tel.      Fax      Otro

PASO 2: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR (incluya comentarios, en su caso). ☐ ORINA ☐ SECRECIONES BUCALES

RECOLECCIÓN: ☐ Dividida ☐ Simple ☐ No proporcionada, introduzca comentario.

ORINA: El recolector leerá la temperatura dentro de los 4 minutos. ¿Temperatura entre 90° y 100° F? ☐ Sí ☐ No, Comentario ☐ Observada, Comentario

SECRECIONES BUCALES: Tipo ☐ Dividida ☐ Serial ☐ Concurrente ☐ Subdividida      ¿Todos dentro de su fecha de vencimiento? ☐ Sí ☐ No      ☐ Indicador(es) de vol. observado(s)

COMENTARIOS:

PASO 3: El recolector sellará el(los) frasco(s)/tubo(s) y anotará la fecha en el(los) sello(s). El donante colocará sus iniciales en el(los) sello(s) y completará el PASO 5 de la Copia 2 (Copia del MRO)

PASO 4: CADENA DE CUSTODIA – INICIADA POR EL RECOLECTOR Y COMPLETADA POR EL CENTRO DE PRUEBAS

Certifico que la muestra que me proporcionó el donante identificado en la sección de certificación en la Copia 2 de este formato fue recogida, etiquetada, sellada y entregada al servicio de mensajería indicado, de conformidad con los requisitos federales aplicables.

☒

Firma del recolector

AM PM

(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del recolector

Fecha (mm/dd/aa)

Hora de la muestra

FRASCO(S)/TUBO(S) DE MUESTRA(S) ENTREGADO(S) A:

Nombre del servicio de mensajería

RECIBIDO(S) EN EL LABORATORIO O IITF: ☒

Firma del recolector

(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del encargado de recepción de muestras

Fecha (mm/dd/aa)

Sello de la muestra principal intacto ☐ SÍ ☐ NO

Si NO, ingrese comentario en el Paso 5A.

FRASCO(S)/TUBO(S) DE MUESTRA(S) ENTREGADO(S) A:

Fecha de vencimiento del dispositivo de muestra primaria/simple: / / (mm/dd/aa)

Fecha de vencimiento del dispositivo de muestra dividida: / / (mm/dd/aa)

PASO 5A: INFORME DE LA MUESTRA PRIMARIA - COMPLETADO POR EL CENTRO DE PRUEBAS

☐ NEGATIVA ☐ MUESTRA RECHAZADA ☐ ADULTERADA ☐ SUSTITUTIDA ☐ RESULTADO INVÁLIDO

☐ DILUIDA

☐ POSITIVA para:      Analito(s) en ng/mL

COMENTARIOS:

Centro de pruebas (si es diferente del anterior):

Certifico que la muestra identificada en este formato fue examinada, manejada según los procedimientos de la cadena de custodia, analizada y registrada de conformidad con los requisitos federales aplicables.

☒

Firma del técnico/científico certificador

(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del técnico/científico certificador

Fecha (mm/dd/aa)

PASO 5b: COMPLETADO POR EL LABORATORIO VERIFICADOR DE PRUEBAS DIVIDIDAS

Nombre del laboratorio

Dirección del laboratorio

☐ RECONFIRMADA ☐ NO SE PUDO RECONFIRMAR - MOTIVO

Certifico que la muestra dividida identificada en este formulario fue examinada al ser recibida, manejada según los procedimientos de la cadena de custodia, analizada y registrada de conformidad con los requisitos federales aplicables.

☒

Firma del científico certificador

(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del científico certificador

Fecha (mm/dd/aa)

0000001

MUESTRA A

0000001

MUESTRA B

Fecha (mm/dd/aa)

Iniciales del donante

Fecha (mm/dd/aa)

Iniciales del donante

COLOCAR SOBRE LA TAPA

COLOCAR SOBRE LA TAPA

COPIA 1 – COPIA DEL CENTRO DE PRUEBAS

OMB No. 0930-0158

ESCRIBA FIRMEMENTE PARA PODER LEER TODAS LAS COPIAS

80308

Version C 6May2020

N° de identificación de la muestra **0000001** ORDEN N°

PASO 1: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR O REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR

A. Nombre, Dirección y N° de identificación del empleador

B. Nombre, Dirección, N° de teléfono y fax del Funcionario de Revisión Médica (MRO)

C. No. de seguro social del donante, No. de identificación del empleado, o estado y No. de la licencia CDL

D. Autoridad de control: ☐ HHS ☐ NRC Agencia de DOT: ☐ FMCSA ☐ FAA ☐ FRA ☐ FTA ☐ PHMSA ☐ USCG

E. Motivo de la prueba: ☐ Preempleo ☐ Aleatoria ☐ Sospecha/Causa fundada ☐ Postaccidente ☐ Regreso al trabajo ☐ Seguimiento ☐ Otra (especifique)

F. Pruebas a realizar: ☐ THC, COC, PCP, OPI, AMP ☐ THC y COC solamente ☐ Otra (especifique)

G. Dirección del centro de recolección: Información de contacto del recolector: Tel. Fax Otro

PASO 2: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR (incluya comentarios en su caso). ☐ ORINA ☐ SECRECIONES BUCALES

RECOLECCIÓN: ☐ Dividida ☐ Simple ☐ No proporcionada, introduzca comentario.

ORINA: El recolector leerá la temperatura dentro de los 4 minutos. ¿Temperatura entre 90° y 100° F? ☐ Sí ☐ No, Comentario ☐ Observada, Comentario

SECRECIONES BUCALES: Tipo Dividida: ☐ Serial ☐ Concurrente ☐ Subdividida ¿Todos dentro de su fecha de vencimiento? ☐ Sí ☐ No ☐ Indicador(es) de vol. observado(s)

COMENTARIOS:

PASO 3: El recolector sellará el(los) frasco(s)/tubo(s) y anotará la fecha en el(los) sello(s). El donante colocará sus iniciales en el(los) sello(s) y completará el PASO 5 de la Copia 2 (Copia del MRO)

PASO 4: CADENA DE CUSTODIA – INICIADA POR EL RECOLECTOR Y COMPLETADA POR EL CENTRO DE PRUEBAS

Certifico que la muestra que me proporcionó el donante identificado en la sección de certificación en la Copia 2 de este formato fue recogida, etiquetada, sellada y entregada al servicio de mensajería indicado, de conformidad con los requisitos federales aplicables.

X

Firma del recolector

AM PM

(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del recolector Fecha (mm/dd/aa) Hora de la muestra

FRASCO(S)/TUBO(S) DE MUESTRA(S) ENTREGADO(S) A: Nombre del servicio de mensajería

PASO 5: COMPLETADO POR EL DONANTE

Certifico haberle proporcionado una muestra al recolector; no haberla adulterado de ninguna forma; que todos los frascos/tubos de muestra utilizados fueron sellados con cinta inviolable en mi presencia; y que la información proporcionada en este formulario y en las etiquetas adheridas a cada uno de los frascos/tubos de muestra es correcta.

X

Firma del donante

(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del donante Fecha (mm/dd/aa)

Correo electrónico: Teléfono de día ( ) Teléfono de noche ( ) Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)

Después de haber recibido los resultados para la muestra identificada en este formulario, el Funcionario de Revisión Médica se comunicará con usted si tiene alguna pregunta sobre los medicamentos con o sin receta que usted haya tomado. Para ello, quizás desee crear una lista de esos medicamentos para sus registros. NO ES NECESARIO HACER ESTA LISTA. Si usted decide hacer una lista, puede hacerla en una hoja aparte o en el reverso de su copia (Copia 5). – NO ESCRIBA ESTA INFORMACIÓN EN EL REVERSO DE NINGUNA OTRA PÁGINA DE ESTE FORMULARIO. LA COPIA 5 ES PARA USTED.

PASO 6: COMPLETADO POR EL FUNCIONARIO DE REVISIÓN MÉDICA – MUESTRA PRINCIPAL ☐ ORINA ☐ SECRECIONES BUCALES

De conformidad con los requisitos federales aplicables, verifico que el resultado es:

☐ NEGATIVO ☐ POSITIVO para: ☐ DILUIDO

☐ PRUEBA RECHAZADA debido a – marque el(los) motivo(s) a continuación: ☐ PRUEBA CANCELADA

☐ ADULTERADA (adulterante/motivo): ☐ SUSTITUIDA ☐ OTRO:

COMENTARIOS:

X

Firma del Funcionario de Revisión Médica

(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del Funcionario de Revisión Médica Fecha (mm/dd/aa)

PASO 7: COMPLETADO POR EL FUNCIONARIO DE REVISIÓN MÉDICA – MUESTRA DIVIDIDA

De conformidad con los requisitos federales aplicables, verifico que el resultado de la muestra dividida (si analizada) está:

☐ RECONFIRMADO para: ☐ PRUEBA CANCELADA

☐ NO RECONFIRMADO para:

COMENTARIOS:

X

Firma del Funcionario de Revisión Médica

(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del Funcionario de Revisión Médica Fecha (mm/dd/aa)

N° de identificación de la muestra **0000001** ORDEN N°

PASO 1: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR O REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR

A. Nombre, Dirección y N° de identificación del empleador

B. Nombre, Dirección, N° de teléfono y fax del Funcionario de Revisión Médica (MRO)

C. No. de seguro social del donante, No. de identificación del empleado, o estado y No. de la licencia CDL

D. Autoridad de control: ☐ HHS ☐ NRC Agencia de DOT: ☐ FMCSA ☐ FAA ☐ FRA ☐ FTA ☐ PHMSA ☐ USCG

E. Motivo de la prueba: ☐ Preempleo ☐ Aleatoria ☐ Sospecha/Causa fundada ☐ Postaccidente ☐ Regreso al trabajo ☐ Seguimiento ☐ Otra (especifique)

F. Pruebas a realizar: ☐ THC, COC, PCP, OPI, AMP ☐ THC y COC solamente ☐ Otra (especifique)

G. Dirección del centro de recolección: Información de contacto del recolector: Tel. Fax Otro

PASO 2: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR (incluya comentarios en su caso). ☐ ORINA ☐ SECRECIONES BUCALES

RECOLECCIÓN: ☐ Dividida ☐ Simple ☐ No proporcionada, introduzca comentario.

ORINA: El recolector leerá la temperatura dentro de los 4 minutos. ¿Temperatura entre 90° y 100° F? ☐ Sí ☐ No, Comentario ☐ Observada, Comentario

SECRECIONES BUCALES: Tipo Dividida: ☐ Serial ☐ Concurrente ☐ Subdividida ¿Todos dentro de su fecha de vencimiento? ☐ Sí ☐ No ☐ Indicador(es) de vol. observado(s)

COMENTARIOS:

PASO 3: El recolector sellará el(los) frasco(s)/tubo(s) y anotará la fecha en el(los) sello(s). El donante colocará sus iniciales en el(los) sello(s) y completará el PASO 5 de la Copia 2 (Copia del MRO)

PASO 4: CADENA DE CUSTODIA – INICIADA POR EL RECOLECTOR Y COMPLETADA POR EL CENTRO DE PRUEBAS

Certifico que la muestra que me proporcionó el donante identificado en la sección de certificación en la Copia 2 de este formato fue recogida, etiquetada, sellada y entregada al servicio de mensajería indicado, de conformidad con los requisitos federales aplicables.

X

Firma del recolector

AM PM

(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del recolector / Fecha (mm/dd/aa) Hora de la muestra

FRASCO(S)/TUBO(S) DE MUESTRA(S) ENTREGADO(S) A: Nombre del servicio de mensajería

PASO 5: COMPLETADO POR EL DONANTE

Certifico haberle proporcionado una muestra al recolector; no haberla adulterado de ninguna forma; que todos los frascos/tubos de muestra utilizados fueron sellados con cinta inviolable en mi presencia; y que la información proporcionada en este formulario y en las etiquetas adheridas a cada uno de los frascos/tubos de muestra es correcta.

X

Firma del donante

(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del donante

Fecha (mm/dd/aa)

Correo electrónico: Teléfono de día ( ) Teléfono de noche ( ) Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)

Después de haber recibido los resultados para la muestra identificada en este formulario, el Funcionario de Revisión Médica se comunicará con usted si tiene alguna pregunta sobre los medicamentos con o sin receta que usted haya tomado. Para ello, quizás desee crear una lista de esos medicamentos para sus registros. NO ES NECESARIO HACER ESTA LISTA. Si usted decide hacer una lista, puede hacerla en una hoja aparte o en el reverso de su copia (Copia 5). – NO ESCRIBA ESTA INFORMACIÓN EN EL REVERSO DE NINGUNA OTRA PÁGINA DE ESTE FORMULARIO. LA COPIA 5 ES PARA USTED.

PASO 6: COMPLETADO POR EL FUNCIONARIO DE REVISIÓN MÉDICA – MUESTRA PRINCIPAL ☐ ORINA ☐ SECRECIONES BUCALES

De conformidad con los requisitos federales aplicables, verifico que el resultado es:

☐ NEGATIVO ☐ POSITIVO para: ☐ DILUIDO

☐ PRUEBA RECHAZADA debido a – marque el(los) motivo(s) a continuación: ☐ PRUEBA CANCELADA

☐ ADULTERADA (adulterante/motivo): ☐ SUSTITUIDA

☐ OTRO:

COMENTARIOS:

X

Firma del Funcionario de Revisión Médica

(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del Funcionario de Revisión Médica

Fecha (mm/dd/aa)

PASO 7: COMPLETADO POR EL FUNCIONARIO DE REVISIÓN MÉDICA – MUESTRA DIVIDIDA

De conformidad con los requisitos federales aplicables, verifico que el resultado de la muestra dividida (si analizada) está:

☐ RECONFIRMADO para: ☐ PRUEBA CANCELADA

☐ NO RECONFIRMADO para:

COMENTARIOS:

X

Firma del Funcionario de Revisión Médica

(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del Funcionario de Revisión Médica

Fecha (mm/dd/aa)

N° de identificación de la muestra

0000001

ORDEN N°

PASO 1: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR O REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR

A. Nombre, Dirección y N° de identificación del empleador

B. Nombre, Dirección, N° de teléfono y fax del Funcionario de Revisión Médica (MRO)

C. No. de seguro social del donante, No. de identificación del empleado, o estado y No. de la licencia CDL

D. Autoridad de control: ☐ HHS ☐ NRC      Agencia de DOT: ☐ FMCSA ☐ FAA ☐ FRA ☐ FTA ☐ PHMSA ☐ USCG

E. Motivo de la prueba: ☐ Preempleo ☐ Aleatoria ☐ Sospecha/Causa fundada ☐ Postaccidente ☐ Regreso al trabajo ☐ Seguimiento ☐ Otra (especifique)

F. Pruebas a realizar: ☐ THC, COC, PCP, OPI, AMP ☐ THC y COC solamente ☐ Otra (especifique)

G. Dirección del centro de recolección:      Información de contacto del recolector:      Tel.      Fax      Otro

PASO 2: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR (incluya comentarios en su caso). ☐ ORINA ☐ SECRECIONES BUCALES

RECOLECCIÓN: ☐ Dividida ☐ Simple ☐ No proporcionada, introduzca comentario.

ORINA: El recolector leerá la temperatura dentro de los 4 minutos. ¿Temperatura entre 90° y 100° F? ☐ Sí ☐ No, Comentario ☐ Observada, Comentario

SECRECIONES BUCALES: Tipo Dividida: ☐ Serial ☐ Concurrente ☐ Subdividida      ¿Todos dentro de su fecha de vencimiento? ☐ Sí ☐ No      ☐ Indicador(es) de vol. observado(s)

COMENTARIOS:

PASO 3: El recolector sellará el(los) frasco(s)/tubo(s) y anotará la fecha en el(los) sello(s). El donante colocará sus iniciales en el(los) sello(s) y completará el PASO 5 de la Copia 2 (Copia del MRO)

PASO 4: CADENA DE CUSTODIA – INICIADA POR EL RECOLECTOR Y COMPLETADA POR EL CENTRO DE PRUEBAS

Certifico que la muestra que me proporcionó el donante identificado en la sección de certificación en la Copia 2 de este formato fue recogida, etiquetada, sellada y entregada al servicio de mensajería indicado, de conformidad con los requisitos federales aplicables.

X

Firma del recolector

AM  
PM

(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del recolector      Fecha (mm/dd/aa)      Hora de la muestra

FRASCO(S)/TUBO(S) DE MUESTRA(S) ENTREGADO(S) A:

Nombre del servicio de mensajería

PASO 5: COMPLETADO POR EL DONANTE

Certifico haberle proporcionado una muestra al recolector; no haberla adulterado de ninguna forma; que todos los frascos/tubos de muestra utilizados fueron sellados con cinta inviolable en mi presencia; y que la información proporcionada en este formulario y en las etiquetas adheridas a cada uno de los frascos/tubos de muestra es correcta.

X

Firma del donante

(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del donante

Fecha (mm/dd/aa)

Correo electrónico:      Teléfono de día (      )      Teléfono de noche (      )      Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)

Después de haber recibido los resultados para la muestra identificada en este formulario, el Funcionario de Revisión Médica se comunicará con usted si tiene alguna pregunta sobre los medicamentos con o sin receta que usted haya tomado. Para ello, quizás desee crear una lista de esos medicamentos para sus registros. NO ES NECESARIO HACER ESTA LISTA. Si usted decide hacer una lista, puede hacerla en una hoja aparte o en el reverso de su copia (Copia 5). – NO ESCRIBA ESTA INFORMACIÓN EN EL REVERSO DE NINGUNA OTRA PÁGINA DE ESTE FORMULARIO. LA COPIA 5 ES PARA USTED.

PASO 6: COMPLETADO POR EL FUNCIONARIO DE REVISIÓN MÉDICA – MUESTRA PRINCIPAL ☐ ORINA ☐ SECRECIONES BUCALES

De conformidad con los requisitos federales aplicables, verifico que el resultado es:

☐ NEGATIVO ☐ POSITIVO para:      ☐ DILUIDO

☐ PRUEBA RECHAZADA debido a – marque el(los) motivo(s) a continuación:      ☐ PRUEBA CANCELADA

☐ ADULTERADA (adulterante/motivo):      ☐ SUSTITUIDA

☐ OTRO:      ☐

COMENTARIOS:

X

Firma del Funcionario de Revisión Médica

(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del Funcionario de Revisión Médica

Fecha (mm/dd/aa)

PASO 7: COMPLETADO POR EL FUNCIONARIO DE REVISIÓN MÉDICA – MUESTRA DIVIDIDA

De conformidad con los requisitos federales aplicables, verifico que el resultado de la muestra dividida (si analizada) está:

☐ RECONFIRMADO para:      ☐ PRUEBA CANCELADA

☐ NO RECONFIRMADO para:      ☐

COMENTARIOS:

X

Firma del Funcionario de Revisión Médica

(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del Funcionario de Revisión Médica

Fecha (mm/dd/aa)

## Declaración de Carga Pública

Ninguna entidad puede llevar a cabo ni financiar, y ninguna persona física está obligada a responder a una solicitud de información, a menos que ésta muestre un número de control OMB válido y vigente. El número de control OMB para este proyecto es 0930-0158. Se estima que la carga pública para completar esta solicitud de información será de un promedio de: 5 minutos para el donante; 4 minutos para el recolector; 3 minutos para el centro de pruebas; y 3 minutos para el funcionario de revisión médica. Remita sus comentarios referentes a esta declaración de carga pública o cualquier otro aspecto de esta solicitud de información, incluyendo sus sugerencias para reducir la carga, a: SAMHSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 15E57B, Rockville, Maryland, 20852.



N° de identificación de la muestra **0000001** ORDEN N°

PASO 1: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR O REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR

A. Nombre, Dirección y N° de identificación del empleador

B. Nombre, Dirección, N° de teléfono y fax del Funcionario de Revisión Médica (MRO)

C. No. de seguro social del donante, No. de identificación del empleado, o estado y No. de la licencia CDL

D. Autoridad de control: ☐ HHS ☐ NRC Agencia de DOT: ☐ FMCSA ☐ FAA ☐ FRA ☐ FTA ☐ PHMSA ☐ USCG

E. Motivo de la prueba: ☐ Preempleo ☐ Aleatoria ☐ Sospecha/Causa fundada ☐ Postaccidente ☐ Regreso al trabajo ☐ Seguimiento ☐ Otra (especifique)

F. Pruebas a realizar: ☐ THC, COC, PCP, OPI, AMP ☐ THC y COC solamente ☐ Otra (especifique)

G. Dirección del centro de recolección: Información de contacto del recolector: Tel. Fax Otro

PASO 2: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR (incluya comentarios en su caso). ☒ ORINA ☐ SECRECIONES BUCALES

RECOLECCIÓN: ☐ Dividida ☐ Simple ☐ No proporcionada, introduzca comentario.

ORINA: El recolector leerá la temperatura dentro de los 4 minutos. ¿Temperatura entre 90° y 100° F? ☐ Sí ☐ No, Comentario ☐ Observada, Comentario

SECRECIONES BUCALES: Tipo Dividida: ☐ Serial ☐ Concurrente ☐ Subdividida ¿Todos dentro de su fecha de vencimiento? ☐ Sí ☐ No ☐ Indicador(es) de vol. observado(s)

COMENTARIOS:

PASO 3: El recolector sellará el(los) frasco(s)/tubo(s) y anotará la fecha en el(los) sello(s). El donante colocará sus iniciales en el(los) sello(s) y completará el PASO 5 de la Copia 2 (Copia del MRO)

PASO 4: CADENA DE CUSTODIA – INICIADA POR EL RECOLECTOR Y COMPLETADA POR EL CENTRO DE PRUEBAS

Certifico que la muestra que me proporcionó el donante identificado en la sección de certificación en la Copia 2 de este formato fue recogida, etiquetada, sellada y entregada al servicio de mensajería indicado, de conformidad con los requisitos federales aplicables.

X

Firma del recolector

AM PM

(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del recolector / Fecha (mm/dd/aa) Hora de la muestra

FRASCO(S)/TUBO(S) DE MUESTRA(S) ENTREGADO(S) A:

Nombre del servicio de mensajería

PASO 5: COMPLETADO POR EL DONANTE

Certifico haberle proporcionado una muestra al recolector; no haberla adulterado de ninguna forma; que todos los frascos/tubos de muestra utilizados fueron sellados con cinta inviolable en mi presencia; y que la información proporcionada en este formulario y en las etiquetas adheridas a cada uno de los frascos/tubos de muestra es correcta.

X

Firma del donante

(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del donante

Fecha (mm/dd/aa)

Correo electrónico: Teléfono de día ( ) Teléfono de noche ( ) Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)

Después de haber recibido los resultados para la muestra identificada en este formulario, el Funcionario de Revisión Médica se comunicará con usted si tiene alguna pregunta sobre los medicamentos con o sin receta que usted haya tomado. Para ello, quizás desee crear una lista de esos medicamentos para sus registros. NO ES NECESARIO HACER ESTA LISTA. Si usted decide hacer una lista, puede hacerla en una hoja aparte o en el reverso de su copia (Copia 5). – NO ESCRIBA ESTA INFORMACIÓN EN EL REVERSO DE NINGUNA OTRA PÁGINA DE ESTE FORMULARIO. LA COPIA 5 ES PARA USTED.

PASO 6: COMPLETADO POR EL FUNCIONARIO DE REVISIÓN MÉDICA – MUESTRA PRINCIPAL ☐ ORINA ☐ SECRECIONES BUCALES

De conformidad con los requisitos federales aplicables, verifico que el resultado es:

☐ NEGATIVO ☐ POSITIVO para: ☐ DILUIDO

☐ PRUEBA RECHAZADA debido a – marque el(los) motivo(s) a continuación: ☐ PRUEBA CANCELADA

☐ ADULTERADA (adulterant/reason): ☐ SUSTITUIDA

☐ OTRO:

COMENTARIOS:

X

Firma del Funcionario de Revisión Médica

(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del Funcionario de Revisión Médica

Fecha (mm/dd/aa)

PASO 7: COMPLETADO POR EL FUNCIONARIO DE REVISIÓN MÉDICA – MUESTRA DIVIDIDA

De conformidad con los requisitos federales aplicables, verifico que el resultado de la muestra dividida (si analizada) está:

☐ RECONFIRMADO para: ☐ PRUEBA CANCELADA

☐ NO RECONFIRMADO para:

COMENTARIOS:

X

Firma del Funcionario de Revisión Médica

(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del Funcionario de Revisión Médica

Fecha (mm/dd/aa)

COPIA 5 - COPIA DEL DONANTE

OMB No. 0930-0158

### **Declaración de la Ley de Privacidad: (Para empleados federales solamente)**

Proporcionar la información solicitada en el Registro Federal de Custodia y Control es voluntario. No obstante, si usted no proporciona información completa, se rehúsa a proporcionar la muestra, o sustituye o adultera la muestra, esto podría resultar en el retraso o denegación de su solicitud de empleo/puesto, o en medidas disciplinarias hasta e incluyendo su despedida del empleo federal.

La autorización para obtener la muestra y la información de identificación aquí proporcionada proviene de la Orden Ejecutiva 12564 ("Drug-Free Federal Workplace"/Política federal para un lugar de trabajo libre de drogas), 5 U.S.C. Sec. 3301 (2), 5 U.S.C. Sec. 7301, y Sección 503 de la Ley Pública 100-71, 5 U.S.C. nota en la Sec. 7301. Bajo las disposiciones de la Orden Ejecutiva 12564 y 5 U.S.C. 7301, los resultados de las pruebas solo podrán ser divulgados a los funcionarios de la agencia que tengan necesidad de conocerlos. Estos pueden incluir al Funcionario de Revisión Médica, al administrador del Programa de Asistencia al Empleado y a un supervisor con autoridad para tomar medidas disciplinarias contra el personal. Además, se podrá divulgar esta información ante un tribunal cuando sea necesario para responder a una impugnación de una medida disciplinaria contra el personal.

La ley no requiere que usted proporcione su número de seguro social y hacerlo es un acto voluntario. Si usted se rehúsa a proporcionar su número, no se le puede denegar ningún derecho, beneficio o privilegio otorgados por la ley. Conforme a la Orden Ejecutiva 9397, se solicita su número de seguro social con el propósito de vincular su información en los archivos de la agencia relacionados con usted y para identificar la muestra proporcionada para la prueba. Si se rehúsa a proporcionar su número de seguro social, se le asignará un número sustituto u otro identificador según se requiera para procesar la muestra.

### **Declaración de Carga Pública**

No se le permite a ninguna entidad llevar a cabo ni financiar, y ningún individuo está obligado a responder a una solicitud de información a menos que ésta muestre un número de control OMB válido y vigente. El número de control OMB para este proyecto es 0930-0158. Se estima que la carga pública para completar esta solicitud de información será de un promedio de: 5 minutos para el donante; 4 minutos para el recolector; 3 minutos para el centro de pruebas; y 3 minutos para el funcionario de revisión médica. Remita sus comentarios referentes a esta declaración de carga pública o cualquier otro aspecto de esta solicitud de información, incluyendo sus sugerencias para reducir la carga, a: SAMHSA Reports Clearance Officer, , 5600 Fishers Lane, Room 15E57B, Rockville, Maryland, 20852.