

REGISTRO FEDERAL DE CUSTODIA Y CONTROL DE LAS PRUEBAS DE DROGAS



Nº de identificación de la muestra

0000001

ORDEN N°

PASO 1: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR O REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR

A. Nombre, Dirección y Nº de identificación del empleador

B. Nombre, Dirección, Nº 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 USCGE. 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 BUCALESRECOLECCIÓN: 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, ComentarioSECRECIONES 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(s) frasco(s)/tubo(s) y anotará la fecha en el(s) sello(s). El donante colocará sus iniciales en el(s) 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.

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

X	Firma del recolector	AM PM	Nombre del servicio de mensajería
(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del recolector	/ /	Fecha (mm/dd/aa)	Hora de la muestra

RECIBIDO(S) EN EL LABORATORIO O IITF:

X	Firma del recolector	Sello de la muestra principal intacto <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si NO, ingrese comentario en el Paso 5A.	FRASCO(S)/TUBO(S) DE MUESTRA(S) ENTREGADO(S) A:
(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del encargado de recepción de muestras	/ /	Fecha (mm/dd/aa)	

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

X	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	<input type="checkbox"/> RECONFIRMADA <input type="checkbox"/> NO SE PUDO RECONFIRMAR - MOTIVO _____
Dirección del laboratorio	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.
	X
	Firma del científico certificador
	(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del científico certificador
	Fecha (mm/dd/aa)

0000001 MUESTRA A	/ / Fecha (mm/dd/aa)	COLOCAR SOBRE LA TAPA	
0000001 MUESTRA B	/ / Fecha (mm/dd/aa)	COLOCAR SOBRE LA TAPA	

REGISTRO FEDERAL DE CUSTODIA Y CONTROL DE LAS PRUEBAS DE DROGAS

0000001

ORDEN N°

Nº de identificación de la muestra

PASO 1: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR O REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR

A. Nombre, Dirección y Nº de identificación del empleador

B. Nombre, Dirección, Nº de teléfono y fax del Funcionario de Revisión Médica (MRO)

OMB No. 0930-0158

C. No. de seguro social del donante, No. de identificación del empleado, o estado y No. de la licencia CDL _____	
D. Autoridad de control: <input type="checkbox"/> HHS <input type="checkbox"/> NRC Agencia de DOT: <input type="checkbox"/> FMCSA <input type="checkbox"/> FAA <input type="checkbox"/> FRA <input type="checkbox"/> FTA <input type="checkbox"/> PHMSA <input type="checkbox"/> USCG	
E. Motivo de la prueba: <input type="checkbox"/> Preempleo <input type="checkbox"/> Aleatoria <input type="checkbox"/> Sospecha/Causa fundada <input type="checkbox"/> Postaccidente <input type="checkbox"/> Regreso al trabajo <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____	
F. Pruebas a realizar: <input type="checkbox"/> THC, COC, PCP, OPI, AMP <input type="checkbox"/> THC y COC solamente <input type="checkbox"/> 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 BUALESRECOLECCIÓN: 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, ComentarioSECRECIONES BUALES: 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(s) frasco(s)/tubo(s) y anotará la fecha en el(s) sello(s). El donante colocará sus iniciales en el(s) 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.

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

X	Firma del recolector	AM	Nombre del servicio de mensajería
(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del recolector	/ /	PM	
	Fecha (mm/dd/aa)	Hora de la muestra	

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 BUALES

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

 NEGATIVO POSITIVO para: _____ DILUIDO PRUEBA RECHAZADA debido a – marque el(s) motivo(s) a continuación: ADULTERADA (adulterante/motivo): _____ PRUEBA CANCELADA 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, verifco 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)
----------	--	--	------------------

REGISTRO FEDERAL DE CUSTODIA Y CONTROL DE LAS PRUEBAS DE DROGAS

Nº de identificación de la muestra

0000001

ORDEN N°

OMB No. 0930-0158

PASO 1: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR O REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR

A. Nombre, Dirección y Nº de identificación del empleador

B. Nombre, Dirección, Nº 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 USCGE. 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 BUALESRECOLECCIÓN: 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, ComentarioSECRECIONES BUALES: 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(s) frasco(s)/tubo(s) y anotará la fecha en el(s) sello(s). El donante colocará sus iniciales en el(s) 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.

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

X	Firma del recolector	AM	Nombre del servicio de mensajería
(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del recolector	/ /	PM	
		Fecha (mm/dd/aa)	Hora de la muestra

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 BUALES

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

 NEGATIVO POSITIVO para: _____ DILUIDO PRUEBA RECHAZADA debido a – marque el(s) motivo(s) a continuación: ADULTERADA (adulterante/motivo): _____ PRUEBA CANCELADA 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, veriflico 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)
----------	--	--	------------------

0000001

ORDEN N°

Nº de identificación de la muestra

OMB No. 0930-0158

PASO 1: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR O REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR

A. Nombre, Dirección y Nº de identificación del empleador

B. Nombre, Dirección, Nº 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 USCGE. 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 BUCALESRECOLECCIÓN: Dividida Simple No proporcionada, introduzca comentario.ORINA: El recolector leerá la temperatura dentro de los 4 minutos. ¿Temperatura entre 90º y 100º F? Sí No, Comentario Observada, ComentarioSECRECIONES 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(s) frasco(s)/tubo(s) y anotará la fecha en el(s) sello(s). El donante colocará sus iniciales en el(s) 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.

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

X	Firma del recolector	AM	Nombre del servicio de mensajería
(EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del recolector	/ /	PM	
		Fecha (mm/dd/aa)	Hora de la muestra

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, veriflico que el resultado es:

 NEGATIVO POSITIVO para: _____ DILUIDO PRUEBA RECHAZADA debido a – marque el(s) motivo(s) a continuación: ADULTERADA (adulterante/motivo): _____ PRUEBA CANCELADA 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, veriflico 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.

REGISTRO FEDERAL DE CUSTODIA Y CONTROL DE LAS PRUEBAS DE DROGAS

0000001

ORDEN N°

Nº de identificación de la muestra

OMB No. 0930-0158

PASO 1: COMPLETADO POR EL RECOLECTOR O REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR

A. Nombre, Dirección y Nº de identificación del empleador

B. Nombre, Dirección, Nº 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 USCGE. 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 BUCALESRECOLECCIÓN: Dividida Simple No proporcionada, introduzca comentario.ORINA: El recolector leerá la temperatura dentro de los 4 minutos. ¿Temperatura entre 90º y 100º F? Sí No, Comentario Observada, ComentarioSECRECIONES 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(s) frasco(s)/tubo(s) y anotará la fecha en el(s) sello(s). El donante colocará sus iniciales en el(s) 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.

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

X _____
 Firma del recolector _____ AM _____
 _____ / _____ / _____ PM _____
 (EN LETRA DE MOLDE) Nombre completo del recolector _____ / _____ / _____
 Fecha (mm/dd/aa) _____ / _____ / _____
 Hora de la muestra _____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____
 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, veriflico que el resultado es:

 NEGATIVO POSITIVO para: _____ DILUIDO PRUEBA RECHAZADA debido a – marque el(s) motivo(s) a continuación: ADULTERADA (adulterant/reason): _____ PRUEBA CANCELADA 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, veriflico 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 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. Éstos 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.