

**Alliance Medical Center, PC**  
610 Peachtree Parkway, Ste 201  
Cumming, GA 30041  
Tel: 770-888-2733  
Fax: 770-888-2741

**David A. Ragan, DO, MPH**  
Board Certified in Family Practice  
& Occupational Medicine

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN DE  
ABUSO DE SUSTANCIAS**

**Empleador:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Lugar de Coleccion:** Alliance Medical Center  
610 Peachtree Parkway, Ste 201  
Cumming, GA 30041

Yo, el suscrito, aqui doy mi consentimiento al Alliance Medical Center, PC, sus medicos, empleados, o agents para obtener una muestra de orina y/o muestra de sangre y que esta (s) sea (n) analizada por el laboratorio designado por su compania. Igualmente entiendo que mi empleador/futuro empleador (arriba mencionado) ha seleccionado a; Alliance Medical Center, PC como sue MRO para evaluar los resultados de los exámenes de abuso de sustancias. Por lor presente doy consentimiento al Alliance Medical Center, PC para dar los resultados de mis exámenes a mi empleador.

**Nombre del Paciente (Legible)** \_\_\_\_\_

**# del Seguro Social** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente** \_\_\_\_\_

**Telefono de dia** \_\_\_\_\_ **Telefono de Noche** \_\_\_\_\_

**Testigo** \_\_\_\_\_