



UDS FORMA DE REGISTRACION

CORONA

CHINO

Nombre de Compania _____

Nombre de Solicitante _____

Fecha De Nacimiento ____/____/____ Seguro Social ____-____-____

Domicilio _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____ Numero de Telefono (____) ____-____

Numero de Celular (____) ____-____ Numero de Mensaje (____) ____-____

Autorización Para Examen Medico

Al firmar este documento yo, el interesado autorizo a la Clinica VISTA Medical Group para que provean a la compania arriba mencionada toda la información concerniente a mi condición fisica cualquier diagnostico sobre mi evaluacion, tambien autorizo a dicha compania a examiner y copiar todos los exámenes hechos el dia de hoy..

Firma _____ /_____/_____
Fecha

Testigo _____ /_____/_____
Fecha

DRUG AND ALCOHOL CONSENT

Yo,el interesado acepto voluntariamente a dar una muestra de mi orina, cabello, sangre y/o saliva para que sean sometidos al Laboratorio designado para prueba de alcohol y/o drogas, tambien autorizo que los resultados sean entregados a la compania arriba mencionada.

Firma _____ /_____/_____
Fecha

Testigo _____ /_____/_____
Fecha

REFUSAL

Yo, _____ me niego a someter una muestra de mi orina, cabello, sangre y/o saliva para la prueba de alcohol y/o drogas. Comprendo que al negarme a este examen podia..

Firma _____ /_____/_____
Fecha

Testigo _____ /_____/_____
Fecha