

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Verificacion de Antecedentes y Prueba de Drogas

## INFORMACION DEL SOLICITANTE

**Nombre Completo:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Numero de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Licencia de Conducir #:** \_\_\_\_\_

**Estado de Licencia:** \_\_\_\_\_

**Direccion Actual:** \_\_\_\_\_

**Ciudad, Estado, ZIP:** \_\_\_\_\_

**Telefono:** \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA VERIFICACION DE ANTECEDENTES

Por medio de la presente, autorizo a la Empresa y/o a su agente designado a obtener un reporte de verificacion de antecedentes que puede incluir, pero no se limita a:

- Historial criminal (federal, estatal y condado)
- Verificacion de historial de empleo
- Verificacion de educacion y certificaciones
- Historial de conducir (MVR)
- Verificacion de referencias profesionales
- Busqueda en listas de exclusion y sanciones

Entiendo que esta informacion sera utilizadaicamente para propósitos de empleo y sera manejada de manera confidencial de acuerdo con las leyes aplicables.

## CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DE DROGAS

Por medio de la presente, autorizo a la Empresa a realizar una prueba de detección de drogas como condición de empleo. Entiendo que:

- La prueba puede incluir análisis de orina, sangre, cabello o saliva
- Un resultado positivo puede descalificarme para el empleo

- Negarme a tomar la prueba se considerara un resultado positivo
- Puedo ser sujeto a pruebas aleatorias durante mi empleo
- Adulterar o falsificar la prueba es motivo de descalificacion/terminacion

## DERECHOS BAJO LA LEY DE CALIFORNIA

De acuerdo con la Ley de Agencias de Reportes de Consumidores de California (ICRAA) y la Ley de Reportes de Credito Justo (FCRA), tengo derecho a:

- Recibir una copia de cualquier reporte obtenido, si lo solicito
- Disputar cualquier informacion inexacta en el reporte
- Conocer la naturaleza y alcance de la investigacion
- Recibir notificacion si se toma una accion adversa basada en el reporte

## DECLARACION Y FIRMA

Al firmar este formulario, declaro bajo pena de perjurio que toda la informacion proporcionada es verdadera y completa. Entiendo que cualquier informacion falsa u omision puede resultar en la descalificacion de mi solicitud o la terminacion de mi empleo.

Autorizo voluntariamente a la Empresa a obtener la verificacion de antecedentes y realizar la prueba de drogas como parte del proceso de contratacion.

---

Firma del Solicitante

---

Fecha

---

Nombre (letra de molde)

## PARA USO DE LA EMPRESA

|                      |   |              |
|----------------------|---|--------------|
| Background Check:    | <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Pendiente | Fecha: _____ |
| Drug Test:           | <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Pendiente  | Fecha: _____ |
| I-9 Verificado:      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente              | Fecha: _____ |
| Licencia Verificada: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A                    | Fecha: _____ |

|               |       |              |
|---------------|-------|--------------|
| Revisado por: | _____ | Fecha: _____ |
|---------------|-------|--------------|

*Este documento es confidencial y debe ser guardado en el expediente del empleado. El solicitante debe recibir una copia.*