

<b>OFFICE USE ONLY</b>	
EMP #	_____
LICENSE TYPE	_____
DATE	_____

**Asociación Protectora y Benevolente de Caballeros de Louisiana 1993, Inc.'s  
Programa de Seguro e Indemnización al Trabajador**

**Recibo de Reconocimiento de Abuso de Sustancias- Póliza y Reglas del Empleado**

El/ La empleado que firma consta que reconoce el recibo de la Póliza y Reglas de Abuso de Sustancias del Empresario en la fecha que este documento fue firmado. El empleado también está de acuerdo de estar atado a los términos de esta póliza y a cooperar en hacer cumplir en la misma orden para así ayudar a lograr un área de trabajo seguro.

Los empleados reconocen que el cumplimiento de la Póliza y Reglas de Abuso de Sustancias es una condición de su empleo además de otras cosas que la Póliza y Reglas de Sustancias del empresario prohíbe como las siguientes:

**Los empleados no deberán introducir, fabricar, distribuir, entregar, poseer, llevar consigo, usar o consumir bebidas alcohólicas, drogas, drogas ilegales, o medicamentos recetados por el médico no autorizados durante el curso y el alcance del empleo o en el local o propiedad donde los empleados normalmente llevan acabo sus obligaciones diarias. El violar esta póliza será causa para una sanción disciplinaria, y podría incluir hasta el despido, además de las consecuencias correspondientes con la ley.**

Su Nombre: \_\_\_\_\_

(Letra de Molde)

Su Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Custodia Legal: \_\_\_\_\_

El Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

# de Licencia LSRC: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Posicion: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Nombre del Patrón \_\_\_\_\_

(Letra de Molde)

Post\_Accident\_Drug\_Screen(spanish) 01 18 07

**Póliza y Reglas sobre el Abuso de Substancias  
Por la  
Asociación Protectora y Benevolente de Caballerangos de Louisiana 1993,  
Inc.'s y**

**Programa de Seguro e Indemnización al Trabajador y**

**Empresarios Participantes**

**A Partir de : \_\_\_\_\_**

*Revisión Numero:1*

**Alcance**

El alcance de esta póliza es el establecimiento sobre la póliza y reglas del abuso de substancias las cuales pueden ser adoptadas por todos los empresarios participantes que tienen una cobertura relevante para sus empleados en la Asociación Protectora y Benevolente de Caballerangos de Louisiana 1993, Inc.'s y Programa de Seguro e Indemnización al Trabajador la cual es consistente con la ley y póliza publica especialmente proporcionada en los Estatutos Revisados de Louisiana 23:1081. El Programa es ese Programa implementado que prosigue bajo los Estatutos Revisados de Louisiana 4:252 y 252.

**Propósito**

El Propósito de estas reglas en el trabajo son las siguientes:

- El establecer y mantener un área de trabajo saludable y seguro para todos los empleados.
- El reducir la posibilidad de lesiones accidentales hacia personas y propiedades.
- El reducir el absentismo, tardío, rendimiento, e indiferencia al trabajo.
- El seguir todos los requisitos aplicables estatales, federales y locales.

**Definiciones**

**Alcohol o Bebidas Alcohólicas**

Se refiere a cualquier bebida que puede ser vendida legalmente como alcohol. Esto incluye, pero no se limita, a bebidas malteadas fermentadas, vino y licor intoxicante.

**Droga**

Se refiere a cualquier sustancia (además del alcohol) la cual sea capaz de alterar el humor, percepción, nivel de dolor, o juicio de la persona consumiéndolo, y la cual sea reconocida como droga.

**Droga Ilegal**

Se refiere a cualquier droga o sustancia controlada, incluyendo medicamentos recetados por el medico, que no sean utilizados legalmente, ya sean narcóticos o no narcóticos, y todas la substancias en la lista en Schedules I, II, III, IV y V en los Estatutos Revisados de Louisiana.

**Medicamento Autorizado**

Se refiere a cualquier medicamento recetado por un practicante de medicina con licencia, el cual sea utilizado en el modo correcto. Debe de tener el tipo de combinación del medicamento, la cantidad recetada y el nombre de la persona utilizando el medicamento.

**Conducta Prohibida**

Los empleados no deberán introducir, fabricar, distribuir, entregar, poseer, llevar consigo, usar o consumir bebidas alcohólicas, drogas, drogas ilegales, o medicamentos recetados por el medico no autorizados durante el curso y el alcance del empleo o en el local o propiedad donde los empleados normalmente llevan acabo sus obligaciones diarias. El violar esta póliza será causa para una sanción disciplinaria, y podría incluir hasta el despido, además de las consecuencias correspondientes con la ley.

Presentarse a trabajar bajo la influencia de una droga ilegal, alcohol, droga, o medicamento recetado no autorizado, será causa de una sanción disciplinaria, y podría incluir el despido.

Los empleados no deberán llevar consigo ningún medicamento autorizado (que no les pertenezca) cerca de el local o propiedad donde los empleados llevan normalmente sus obligaciones diarias, excepto la persona para quienes realmente fueron recetados por un medico. La persona que este utilizando medicamento recetado debe de usarlo solo conforme a la cantidad recetada y en la combinación correcta. Cuando el uso de este medicamento afecte el comportamiento o rendimiento en el trabajo los empleados deben informárselo a sus supervisores lo más pronto posible.

Los empleados son animados a buscar voluntariamente cualquier tipo de conserjería conforme sea necesario de el Programa de Asistencia al Empleado y la Asociación Protectora y Benevolente de Caballerangos de Louisiana 1993, Inc.'s (HBPA) tendrá solicitudes para tales programas.

**Razones para exámenes: Post- Accidente**

Los empresarios o el HBPA, a nombre de los empresarios, conducirán un examen de alcohol y drogas siempre que un empleado tenga un accidente relacionado con el trabajo. Este examen será echo conforme a las leyes y los Estatutos Revisados de Louisiana 23:1081.

Todos los derechos del Empresario bajo los Estatutos Revisados de Louisiana 23: 1081 son reservados al Empresario.

Los empresarios o el HBPA, a nombre de los empresarios, permitirán que nuestra compañía conduzca un examen de alcohol y drogas cuando ellos lo crean prudente o necesario para así poder proporcionar un lugar de trabajo sano y a salvo y cuando la ley lo permita.

**Negarse a Cooperar y Cumplir esta Regla y Póliza**

Si un empleado se niega a cooperar y cumplir la Póliza y Reglas del Abuso de Substancias el Programa de HBPA podría finalizar la Cobertura que este Programa provee para los empleados.

**Colección de Muestras (espécimen) y Proceso de Colección**

La colección de muestras y exámenes serán realizados bajo condiciones científicas, las cuales son generalmente aceptadas como resultados suficientes y fidedignas.

El empleado que se niegue a someterse a un examen de alcohol y drogas o que se marche de la compañía, local o propiedad después de tener un incidente relacionado con su trabajo, podrá ser sujeto a una sanción disciplinaria o hasta el despido, además de todas las consecuencias correspondientes con la ley.

**Confirmación sobre los exámenes**

Si inicialmente un examen es positivo, será necesario hacer otra prueba para confirmar los resultados utilizando la muestra previa.

**Notificación de Resultados de Exámenes y Registro**

El HBPA, los Empresarios, y empleados deberán ser notificados lo mas pronto posible de los resultados de los exámenes de droga y alcohol. Nuestra compañía deberá notificar a su conductor o conductor aplicante de los resultados de los exámenes.

**Privacidad**

La privacidad de los empleados será mantenida como la ley lo requiere.

**Amputaciones**

Si alguna parte o porción de la Póliza es llevada por alguien a un cuerpo de autoridad o a una corte bajo una jurisdicción competente y es invalidada por cualquier razón, entonces solo la parte que sea invalidada lo será, y las secciones restantes que no sean invalidadas deberán continuar y proseguir en completa forma y efecto.

**Controles de Ley**

Si alguna sección de esta Póliza y Reglas de Abuso de Substancias es un conflicto con la ley, particularmente los Estatutos Revisados de Louisiana 23: 1081, la ley deberá prevalecer, ya que no es la intención de esta ley el no aplicar los derechos de los empleados.

Su Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

LAHBPA Employee: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## Segundo cuestionario del Empleado del Fondo de Lesión

Conteste por favor a las preguntas siguientes circundando cualquiera **Sí** o **No**:

1. ¿A tenido o tiene alguna enfermedad o discapacidad a causa de su trabajo? **Sí No**  
Si sí, explique por favor: \_\_\_\_\_
2. ¿A usted recibido beneficios de la compensación de trabajadores por alguna lesión ocurrido en el trabajo?  
**Sí No** Si sí, cuando: \_\_\_\_\_  
Cuanto tiempo estuvo en compensación: \_\_\_\_\_  
Nombre del patrón: \_\_\_\_\_  
Naturaleza de lesión: \_\_\_\_\_
3. ¿A usted sido rechazado para trabajo el seguro o servicio militar debido a su salud? **Sí No**  
Si sí, explique por favor: \_\_\_\_\_
4. ¿A tenido usted problemas en su espalda o alguna lesión en su espalda, cabeza o cuello? **Sí No**  
Si sí, explique por favor: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. ¿Tiene usted alguna restricción o limitación sobre sus actividades físicas? **Sí No**  
Si sí, explique por favor: \_\_\_\_\_
6. ¿Qué operaciones, accidententes, huesos rotos, tensiones o enfermedades serias tiene usted?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Tiene usted algún otro problema de salud a largo plazo o condiciones físicas adversas? **Sí No**  
Si sí, explique por favor: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Advertencia: De conformidad con LSA-R.S. 23:1208.1, entiendo que mi falta de contestar verazmente cualesquiera de las preguntas antedichas puede dar lugar a la negación o puede tuvo que la pérdida de los dependientes de la derecha I o mi ventajas de la remuneración de los trabajadores las', incluyendo el tratamiento médico y costos.*

**Reconozco que he leído o he tenido el cuestionario leído a mí y entiendo la advertencia**

Imprima su nombre \_\_\_\_\_

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Custodía Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

La dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ De emergencia \_\_\_\_\_

# de Licencia LSRC \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

El número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**FORMA MÉDICA DEL LANZAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

yo, \_\_\_\_\_, autorizo al La. H.B.P.A. para solicitar y obtener todos los expedientes que miran y accidente de trabajo o enfermedad profesional que se implica y el La. H.B.P.A. éste es incluir los informes del doctor, los informes de la carta recordativa, notas de las enfermeras las', las cuentas médicas, los resultados de la prueba el etc. Una copia estática del facsímil o de esta autorización será considerada tan eficaz y válida como la original. Seguirá habiendo este lanzamiento en efecto hasta rescindido específicamente por mí.

Su Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY: Must be completed before filing.

Reviewed By: \_\_\_\_\_

Date Reviewed: \_\_\_\_\_

Firma del Patrón/Employers' Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Circule Uno Tiempo completo / A tiempo parcial

Firma del Patrón/Employers' Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Firma del Patrón/Employers' Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Firma del Patrón/Employers' Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Firma del Patrón/Employers' Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Firma del Patrón/Employers' Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Firma del Patrón/Employers' Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_