

Hopatcong Borough Schools
Hopatcong High School

P.O. Box 1029 Hopatcong, New Jersey 07843
(973) 398-8803 FAX (973) 398-9048

Consent to Participate in Random Testing for Student Alcohol or Other Drug Use Program

Student Name (Please Print) _____ Grade _____

We hereby consent to permit the above named student to participate in the **Random Testing for Student Alcohol or Other Drug Use Program** as approved by the Hopatcong School District. In issuing consent, we permit the student above named to undergo saliva testing for the presence of alcohol or other drugs as outlined in district policy.

We understand that a qualified vendor will oversee the collection process.

We understand that any saliva samples will be sent only to a certified laboratory for testing and that the samples will be coded to provide confidentiality.

We hereby give consent to the vendor selected by the Hopatcong School District to perform saliva testing for the presence of alcohol or other drugs as named in district policy.

We further give permission to the vendor selected by the Hopatcong School District to release all results of these tests to the Medical Review Officer working for the vendor. We understand these results will be forwarded to the Building Principal and will also be made available to us.

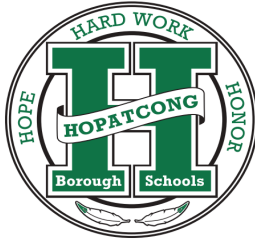
We understand that this consent agreement will be in effect for a period of twelve months from the date listed below.

We understand that the analysis of the specimen conducted will include the following substances and be based on the following levels. See: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5330962/> and <https://www.alliance2020.com/wp-content/uploads/Drug-Testing-Cutoff-Levels.pdf> and <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6807119/> Although the below table identifies the normal set of drugs tested, Policy 5536 suggests this list can be limited when the sample size must be expanded.

Substance	Screen/Initial Level	Confirmation Level
AMPHETAMINES	500 ng/ml	250 ng/ml
COCAINE METABOLITE	300 ng/ml	150 ng/ml
ETHANOL	40 ng/ml	21 ng/ml
MARIJUANA METABOLITE	50 ng/ml	20 ng/ml
OPIATES	2000 ng/ml	2000 ng/ml
OXYCODONES	100 ng/ml	50 ng/ml
PHENCYCLIDINE	25 ng/ml	25 ng/ml

Student Signature: _____ Date: _____

Parent Signature: _____ Date: _____



Hopatcong Borough Schools Hopatcong High School

P.O. Box 1029 Hopatcong, New Jersey 07843
(973) 398-8803 FAX (973) 398-9048

Consentimiento para participar en pruebas aleatorias para el programa de uso de alcohol u otras drogas para estudiantes

Nombre del estudiante (letra de imprenta) _____ Grado _____

Por la presente damos nuestro consentimiento para permitir que el estudiante mencionado anteriormente participe en las **Pruebas aleatorias para el programa de consumo de alcohol u otras drogas de los estudiantes** según lo aprobado por el Distrito Escolar de Hopatcong. Al emitir el consentimiento, permitimos que el estudiante mencionado anteriormente se someta a pruebas de saliva para detectar la presencia de alcohol u otras drogas, como se describe en la política del distrito.

Entendemos que un proveedor calificado supervisará el proceso de recolección.

Entendemos que cualquier muestra de saliva se enviará sólo a un laboratorio certificado para su análisis y que las muestras se codificarán para brindar confidencialidad.

Por la presente damos consentimiento al proveedor seleccionado por el Distrito Escolar Hopatcong para realizar pruebas de saliva para detectar la presencia de alcohol u otras drogas como se indica en la política del distrito.

Además, damos permiso al proveedor seleccionado por el Distrito Escolar de Hopatcong para divulgar todos los resultados de estas pruebas al Oficial de Revisión Médica que trabaja para el proveedor. Entendemos que estos resultados se enviarán al director del edificio y también estarán disponibles para nosotros.

Entendemos que este acuerdo de consentimiento estará vigente por un período de doce meses a partir de la fecha que se indica a continuación.

Entendemos que el análisis del espécimen realizado incluirá las siguientes sustancias y se basará en los siguientes niveles. Ver: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5330962/> y <https://www.alliance2020.com/wp-content/uploads/Drug-Testing-Cutoff-Levels.pdf> y <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6807119/> Aunque la siguiente tabla identifica el conjunto normal de medicamentos analizados, la Política 5536 sugiere que esta lista puede limitarse cuando se debe ampliar el tamaño de la muestra.

Sustancia	Pantalla/Nivel inicial	Nivel de confirmación
ANFETAMINAS	500ng/ml	250ng/ml
METABOLITO DE COCAÍNA	300ng/ml	150ng/ml
ETANOL	40ng/ml	21ng/ml
METABOLITO DE LA MARIHUANA	50ng/ml	20ng/ml
OPIÁCEOS	2000ng/ml	2000ng/ml
OXICODONAS	100ng/ml	50ng/ml
FENCICLIDINA	25ng/ml	25ng/ml

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Firma de los padres: _____ Fecha: _____