



California Prenatal Screening Program Order Form Patient Consent Language in Vietnamese

Thỏa Thuận của Bệnh Nhân

Nếu đồng ý khám sàng lọc trước khi sinh bằng cách ký tên dưới đây, máu của quý vị sẽ được thu thập và gửi đến phòng thử nghiệm có hợp đồng với tiểu bang để thử nghiệm sàng lọc trước khi sinh.

- Tôi đồng ý tham gia vào Chương Trình Khám Sàng Lọc Trước Khi Sinh của California.
- Tôi cho phép tiết lộ thông tin y tế và bất kỳ thông tin cần thiết nào khác về bản thân để xin bồi hoàn bảo hiểm sức khỏe của tôi.
- Tôi cho phép trả tiền cho các quyền lợi y tế đến Chương Trình Khám Thăm Dò Bệnh Di Truyền (Genetic Disease Screening Program, hay GDSP) cho các dịch vụ được cung cấp cho tôi.
- Tôi đồng ý cho gọi hóa đơn trực tiếp đến tôi, cho các dịch vụ cung cấp cho tôi nếu tôi không có bảo hiểm y tế hoặc Medi-Cal.
- Tôi đã cho nơi cung cấp dịch vụ của tôi là tôi có đồng ý hay không về việc tiết lộ giới tính của thai nhi đến Chương Trình Khám Sàng Lọc Trước Khi Sinh của California.

Chữ Ký Của Bệnh Nhân/Người Được Ủy Nhiệm

Ngày:

Chứng thực đã được bệnh nhân đồng ý bằng lời:

Tên của Nơi Cung Cấp Dịch Vụ/Đại Diện:

Quan Hệ với Bệnh Nhân: