



California Prenatal Screening Program Order Form Patient Consent Language in Spanish

Consentimiento del paciente

Al firmar abajo, usted provee consentimiento a obtener pruebas de detección prenatal que serán enviadas a un laboratorio en contrato con el programa de detección prenatal del estado.

- Doy mi consentimiento para participar en el Programa de Pruebas de Detección Prenatal.
- Yo autorizo a la liberación de información médica o cualquier otra información personal necesaria para la reclamación de aseguranza médica.
- Yo autorizo el pago de beneficios al Programa de Detección de Enfermedades Genéticas (GDSP) por sus servicios otorgados a mí.
- Doy mi consentimiento para recibir directamente el cargo de los costos por servicios otorgados a mí en caso de no tener cobertura de aseguranza médica o Medical.
- He informado a mi proveedor si es que deseo saber el sexo de mi bebe (feto en desarrollo) a través del Programa de Detección Prenatal.

Firma del paciente/persona autorizada:

Fecha:

Declaración de que consentimiento verbal ha sido obtenido:

Nombre del proveedor/representante: Relación con el paciente: