



California Prenatal Screening Program Order Form Patient Consent Language in Chinese

患者同意书

若您在下方签字同意参与产前筛查，则需要进行采血，并且血液样本将被送往与州府签约之实验室用于产前筛查。

- 我同意参与加州产前筛查计划。
- 我授权发布医疗保险索赔所需的个人医疗及所有其他信息。
- 我授权向遗传疾病筛查计划（Genetic Disease Screening Program, GDSP）对我所提供的服务支付医疗福利费用。
- 如果我没有医疗保险或 Medi-Cal，则同意直接为我所享受的服务付费。
- 我已通过加州产前筛查计划告知产前护理提供者是否要公开胎儿性别。

患者/授权人签名：

日期：

兹证明已收到患者口头同意：

提供者/代理人姓名：

与患者的关系：