



## California Prenatal Screening Program Order Form Patient Consent Language in Korean

### 환자 동의

아래 서명을 함으로써 산전 선별 검사에 동의할 경우, 혈액이 채취되어 산전 선별 검사를 위해 주 정부 계약 검사실로 보내집니다.

- 캘리포니아 산전 선별 프로그램 참여에 동의합니다.
- 건강 보험 클레임에 필요한 의료 정보 또는 모든 기타 정보의 공개를 허락합니다.
- 본인에게 제공되는 서비스의 대가로 유전병 선별 검사 프로그램(Genetic Disease Screening Program, GDSP)에 의료 혜택 지불을 승인합니다.
- 보험 처리가 불가능하거나 메디-칼이 없을 경우, 본인에게 제공되는 서비스에 대한비용을 본인에게 직접 청구할 수 있음에 동의합니다.
- 캘리포니아 산전 선별 검사 프로그램을 통한 태아의 성별 공개 여부를 본인의 제공자에게 알려두었습니다.

환자/승인받은 사람의 서명:

일자:

환자의 구술 거절을 받았음을 선서함:

제공자/대표 이름:    환자와의 관계: