



OB-GYN Specialists of South Miami

Obstetrics and Gynecology

Francisco R. Jimenez, M.D.

Deborah C. Siman, M.D.

Konstantin V. Nikitin, M.D.

Melissa Acevedo, M.D.

CONSENT FOR CARRIER SCREENING TESTING

Patient Name: _____ Date: _____

I have received information concerning carrier screening in pregnancy for Cystic Fibrosis,
Fragile X Syndrome and Spinal Muscular Atrophy.

At this time:

_____ No, I am not interested in being tested.

_____ Yes, I would like to have the following tests:

_____ Cystic Fibrosis

_____ Fragile X Syndrome

_____ Spinal Muscular Atrophy

**I understand that the cost and insurance coverage for the above testing may vary depending
upon the laboratory used and your insurance policy.**

Signature of Patient



OB-GYN Specialists of South Miami

Obstetrics and Gynecology

Francisco R. Jimenez, M.D.

Deborah C. Siman, M.D.

Konstantin V. Nikitin, M.D.

Melissa Acevedo, M.D.

CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DE ENFERMEDADES GENETICAS

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Yo he recibido informacion sobre las pruebas para detectar si yo soy portadora de enfermedades geneticas en mi embarazo.

En este tiempo:

_____ No estoy interesada en que me hagan la pueba.

_____ Si, yo quisiera que me hagan estas pruebas.

_____ Cystic Fibrosis

_____ Fragile X Syndrome

_____ Spinal Muscular Atrophy

Yo estoy conciente que mi costo sobre estas pruebas dependen en el laboratorio que se use y mi seguro.

Firma del paciente