



**ACUERDO PARA EL ALMACENAMIENTO
CONTINUO DE OVOCITOS
CRIOCONSERVADOS**

MR-845S (4-2018)

Yo, _____, (o _____ en nombre de
(Nombre del paciente) (Nombre del tutor legal)
_____) habiendo proporcionado previamente consentimiento para la
(Nombre del paciente)
crioconservación (congelación) de ovocitos (óvulos), celebro ahora este *Acuerdo para el almacenamiento continuo de ovocitos criopreservados* ("Acuerdo") con Women & Infants Hospital of Rhode Island (WIH) de conformidad con los términos que se detallan a continuación.

TÉRMINOS

1. Duración de la crioconservación

Todos los ovocitos criopreservados de conformidad con este Acuerdo podrán ser congelados y almacenados con WIH hasta, como máximo, la fecha en que el Paciente cumpla 55 años, ____/____/____.

2. Términos financieros

El primer año de almacenamiento de los ovocitos criopreservados es gratuito. Al finalizar el primer año, el almacenamiento continuo está sujeto a un costo anual de almacenamiento. Es posible que el seguro no cubra este costo y, si se desea continuar con el almacenamiento, el Paciente es responsable de abonar los costos de almacenamiento. El pago debe realizarse dentro de los 60 días posteriores a la facturación. En caso de que no se efectúe el pago, después del envío de una notificación razonable de dicho incumplimiento por correo certificado a la última dirección conocida del Paciente, según la información proporcionada a WIH por el Paciente, WIH se reserva el derecho a interrumpir el almacenamiento y desechar los ovocitos.

Si WIH deja de existir, se enviará una notificación por escrito al Paciente con el objetivo de hacer los arreglos necesarios para que los ovocitos sean desechados o transportados a otro centro para su almacenamiento continuo. Si tras la recepción de dicha notificación el Paciente no hace los arreglos apropiados y oportunos para desechar o transportar los ovocitos (es decir, dentro de los 6 meses posteriores a la recepción de dicha notificación), WIH se reserva el derecho a interrumpir el almacenamiento y desechar los ovocitos.

3. Cambio de dirección

El Paciente tiene la responsabilidad de notificar a WIH inmediatamente por escrito ante cualquier cambio de 1) dirección o 2) número de teléfono, y notificar a WIH por escrito cualquier información que WIH debería tener para cumplir con sus obligaciones en virtud de este Acuerdo. El Paciente entiende que se considerará que los ovocitos han sido abandonados si (i) no ha pagado de conformidad con los Términos financieros mencionados anteriormente o si (ii) el período máximo de almacenamiento se aproxima y, a pesar de los esfuerzos diligentes, incluida la notificación por correo certificado, WIH no puede comunicarse con el Paciente mediante su última dirección conocida. Si se considera que los ovocitos del Paciente fueron abandonados, WIH se reserva el derecho a retirar los ovocitos de su almacenamiento y desecharlos.

4. Decisión relativa a la eliminación de ovocitos congelados

Las partes acuerdan que los ovocitos congelados están sujetos a la disposición del Paciente, salvo que se disponga lo contrario en este Acuerdo (por ejemplo, los ovocitos pueden ser descartados por WIH como resultado de la falta de pago o por no proporcionar información de contacto actualizada).

FOR INPATIENTS: AFFIX PATIENT LABEL OR
WRITE IN BOTH PATIENT NAME & MR NUMBER

FOR OUTPATIENTS: WRITE IN BOTH PT NAME & DOB

PATIENT NAME: _____

DOB OR MR #: _____

Las partes también entienden y acuerdan que todas las decisiones sobre la eliminación de los ovocitos congelados deben ser tomadas por el Paciente, excepto cuando dicha eliminación pueda verse afectada por las leyes aplicables o por cualquier tribunal con jurisdicción sobre el Paciente.

El Paciente puede cambiar cualquiera de estas decisiones en cualquier momento antes de que se haya realizado una acción a partir de tales decisiones, poniéndose en contacto con WIH y firmando un acuerdo nuevo o modificado o agregando una enmienda a este Acuerdo.

El Paciente entiende que determinados usos o eliminaciones de los ovocitos también pueden requerir la aprobación de WIH. WIH no está obligado a proceder con ningún intento de transferencia al Paciente de embriones (óvulos fertilizados por espermatozoides) creados utilizando los ovocitos si el Programa de FIV determina que los riesgos asociados con hacerlo pueden superar los beneficios potenciales. WIH también se reserva el derecho a rescindir este Acuerdo mediante notificación por escrito por otras razones que considere apropiadas. En cualquier circunstancia de finalización de este Acuerdo en la que los ovocitos que han sido criopreservados permanezcan almacenados, se contactará al Paciente y se harán todos los esfuerzos razonables para coordinar la eliminación de dichos ovocitos de conformidad con los deseos del Paciente en ese momento.

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO, EL PACIENTE TOMA LAS SIGUIENTES DECISIONES CON RESPECTO A LA ELIMINACIÓN FINAL DE LOS OVOCITOS CONGELADOS QUE SE ALMACENAN DE CONFORMIDAD CON ESTE ACUERDO Y NO SE UTILIZAN PARA UN EMBARAZO POSTERIOR:

Cuando el paciente cumpla 55 años, se ordena al WIH que deseche los ovocitos como se indica a continuación:

(Elija **una** opción colocando sus iniciales en los espacios correspondientes)

A. _____
Iniciales del paciente

A. Transportar los ovocitos: Yo me encargaré del transporte de los ovocitos restantes a otra instalación para su almacenamiento o posible donación a otra persona.

B. _____
Iniciales del paciente

B. Desechar los ovocitos: Los ovocitos se descongelarán y se desecharán.

En caso de cualquiera de las siguientes circunstancias especiales, se ordena al WIH que deseche los ovocitos como se indica a continuación:

(i) **MUERTE DEL PACIENTE:**

(Elija **una** opción colocando sus iniciales en los espacios correspondientes)

A. _____
Iniciales del paciente

A. La Pareja del Paciente o el Representante legal del Paciente asumirán la propiedad y el control si pueden y están dispuestos; de lo contrario, los ovocitos se descongelarán y se desecharán.

B. _____
Iniciales del paciente

o

B. Los ovocitos se descongelarán y se desecharán.

FOR INPATIENTS: AFFIX PATIENT LABEL OR
WRITE IN BOTH PATIENT NAME & MR NUMBER

FOR OUTPATIENTS: WRITE IN BOTH PT NAME & DOB

PATIENT NAME: _____

DOB OR MR #: _____

5. Acuse de recibo general por parte del Paciente

Manifiesto que he tenido la oportunidad de leer este documento en su totalidad y que he tenido la posibilidad de hacer preguntas al WIH con respecto a este Acuerdo, las cuales han sido respondidas a mi satisfacción, y de consultar con cualquier abogado u otro(s) asesor(es) sobre mi elección en relación con este Acuerdo. Reconozco que este Acuerdo contiene el acuerdo completo entre las partes con respecto al almacenamiento continuo de ovocitos crioconservados y reemplaza íntegramente todos y cada uno de los acuerdos, entendimientos, manifestaciones y discusiones previos, ya sean escritos u orales, entre las partes. Reconozco también que entiendo que puedo cambiar cualquiera de las decisiones reflejadas en este Acuerdo antes de que se haya realizado una acción a partir de tales decisiones, poniéndome en contacto con WIH y firmando un acuerdo nuevo o modificado o agregando una enmienda a este Acuerdo.

La firma de este Acuerdo DEBE ser presenciada por un miembro del personal clínico de Women and Infants Fertility Center (WIFC).

Firma del Paciente/tutor legal

Relación

Fecha

Fecha de nacimiento del Paciente

Firma del testigo

Representante del WIH: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Firma del testigo: _____