



**CONSENT FOR EMBRYO
CRYOPRESERVATION**

CONSENTIMIENTO PARA LA CRIOCONSERVACIÓN DE EMBRIONES

Yo, _____, y _____
(Nombre de la paciente en letra de imprenta) (Nombre de la pareja en letra de imprenta, según corresponda)
estamos recibiendo un tratamiento en el Women and Infants Fertility Center (WIFC) para someternos a una fecundación in vitro ("FIV") con el objetivo de engendrar un hijo. Como parte del proceso de la FIV, entiendo que a menudo se crean más embriones (óvulos fertilizados por espermatozoides) de los que se transfieren dentro de un ciclo. Doy mi consentimiento para la crioconservación (congelamiento) de cualquier embrión sobrante por parte del WIFC para la posible transferencia en un ciclo posterior.

Entiendo que es posible que algunos embriones no alcancen la etapa de desarrollo donde pueden congelarse. Los médicos de FIV y/o el personal de embriología determinan cuáles son los embriones en exceso, si los hubiera, que son adecuados para congelamiento.

Los riesgos y beneficios de la crioconservación se han discutido conmigo y los comprendo. Entiendo que pueden surgir complicaciones como resultado del proceso. Las complicaciones incluyen, por ejemplo:

- Daños a los embriones: entiendo que los embriones pueden dañarse durante el proceso de congelamiento o durante el período de almacenamiento. Si un embrión se daña, no sobrevivirá con éxito a la descongelación y no se transfiere de vuelta para intentar producir un embarazo.
- Pérdida de embriones: entiendo que los embriones pueden perderse durante el cultivo, el congelamiento o el período de almacenamiento.
- Incapacidad de los embriones de desarrollarse con normalidad después de la descongelación. Los embriones que no se desarrollan con normalidad no se transfieren de vuelta para intentar producir un embarazo.

Reconozco que los embriones pueden dañarse como resultado de una avería (funcionamiento defectuoso) en los equipos usados en el laboratorio de embriología y este daño está fuera del control del WIFC.

Soy consciente de que no existen garantías de que se produzca un embarazo luego de la transferencia de cualquier embrión descongelado.

Entiendo que cualquier embarazo posterior a la transferencia de embriones descongelados está sujeto a los mismos riesgos y complicaciones que los embarazos logrados sin intervención médica. Estas complicaciones incluyen, por ejemplo:

- embarazo ectópico (embarazo fuera del útero y potencialmente mortal)
- parto prematuro
- embarazo con defectos congénitos
- aborto espontáneo
- muerte fetal

Las opciones alternativas a la crioconservación y los riesgos y beneficios de estas opciones alternativas se han discutido conmigo y los comprendo. Estas alternativas pueden incluir, por ejemplo:

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 #: _____

- desechar los embriones sobrantes;
- donar los embriones sobrantes a otra persona (esta opción exige una evaluación y prueba de la Administración de Alimentos y Medicamentos [FDA] previa a la donación);
- donar los embriones sobrantes para investigación;
- transportar los embriones congelados a otro establecimiento.

Entiendo que las listas de riesgos y complicaciones relacionados con los procedimientos anteriores no están completas y que mi médico me ha explicado que existen otros riesgos imprevistos y que posiblemente sean necesarios procedimientos adicionales. Doy mi consentimiento para esos procedimientos que mi médico considera necesarios.

Reconozco que soy responsable de todos los costos y honorarios incurridos por el congelamiento y almacenamiento de embriones.

Reconozco que me han explicado este formulario y entiendo su contenido. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas se han respondido de forma satisfactoria.

Hora: _____ a. m./p. m. Fecha: _____ Firma: _____
Paciente

Hora: _____ a. m./p. m. Fecha: _____ Firma: _____
Pareja, según corresponda

Acuse de recibo del proveedor:

Confirmando que la paciente (y pareja, según corresponda) ha brindado su consentimiento según lo descrito anteriormente.

Hora: _____ a. m./p. m. Fecha: _____ Firma: _____
(Proveedor)

Nombre en letra de imprenta: _____
(Proveedor)

Acuse de recibo del intérprete (según corresponda):

Confirmando que la paciente ha brindado su consentimiento según lo descrito anteriormente (y pareja, según corresponda)

Hora: _____ a. m./p. m. Fecha: _____ Firma: _____
(Intérprete)

Nombre en letra de imprenta: _____
(Intérprete)

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 #: _____

Para la firma de la pareja (si no ha firmado en el WIFC)

ESTADO DE _____

CONDADO DE _____

Compareció ante mí la persona mencionada arriba _____ y juró
debidamente bajo pena de perjurio lo mencionado anteriormente como su libre acto y acción el ____ de
_____ de 20____.

NOTARIO PÚBLICO: _____

NOMBRAMIENTO VÁLIDO HASTA: _____