



**CONSENT FOR EMBRYO HANDLING
AND CYCLE INITIATION**

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 #: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA MANIPULACIÓN DE EMBRIONES E INICIACIÓN DE CICLO

Yo, _____, y _____
(Nombre de la paciente en letra de imprenta) (Nombre de la pareja en letra de imprenta, según corresponda)
damos nuestro consentimiento al Women & Infants Fertility Center (WIFC) para iniciar el proceso de
fecundación in vitro (FIV) con el objetivo de engendrar un hijo mediante el uso de los siguientes
gametos (colocar iniciales en todas las opciones que correspondan):

Óvulos de la paciente _____

Esperma de la pareja _____

Óvulos de la pareja _____

Óvulos de donante _____
(nombre o número del donante)

Esperma del donante _____
(nombre o número del donante)

Reconozco que he leído y firmado los formularios de consentimiento asociados con el proceso de FIV y he tenido la oportunidad de hacer preguntas con respecto a dichos procedimientos y sus riesgos y complicaciones asociados. Si bien dichos formularios de consentimiento se firman anualmente, reconozco que al firmar este formulario, doy permiso al WIFC para que comience con los procedimientos de FIV para cada ciclo.

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

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 #: _____

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)

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: _____