



**CONSENT FOR THERAPEUTIC USE  
OF DIRECTED DONOR SPERM  
-SUBSEQUENT USE**

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 EL USO TERAPÉUTICO DE ESPERMA DE DONANTES  
DIRECTOS - USO POSTERIOR**

Yo, \_\_\_\_\_, y \_\_\_\_\_  
(Nombre completo de la paciente en letra de imprenta) (Nombre completo de la pareja en letra de imprenta, según corresponda)

estamos recibiendo un tratamiento en el Women & Infants Fertility Center (WIFC) con la finalidad de producir un embarazo.

He considerado las opciones disponibles para lograr la paternidad, incluidos los procedimientos que no se realizan en el WIFC y otras opciones no médicas como la adopción o no llevar a cabo el tratamiento, y elijo buscar un embarazo mediante el uso del espermatozoides de un donante directo (conocido).

Entiendo que existen varios pasos en cuanto al uso de espermatozoides de donantes directos, incluida la criopreservación de las muestras de espermatozoides del donante directo, la adecuada cuarentena de estas muestras de espermatozoides (según lo indicado por los organismos reguladores), la aprobación de parte del personal clínico y psicológico del WIFC, la correcta compleción del proceso de consentimiento informado y el uso del espermatozoides para inseminación intrauterina (IIU) o fecundación in vitro (FIV).

Entiendo que no hay garantías de que se produzca un embarazo como resultado del uso de espermatozoides de un donante directo.

Entiendo también que existen posibles riesgos asociados con este procedimiento, incluida la posibilidad de introducción de una infección en el paciente.

Entiendo que en algunos casos, el nacimiento de un niño mediante el uso de espermatozoides de un donante conocido puede producir problemas psicológicos para mí, mi familia, la familia del donante o los niños.

Entiendo que las muestras de espermatozoides de donantes directos deben congelarse en un banco de espermatozoides fuera del WIFC que esté registrado en la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, Food and Drug Administration) y entiendo que el WIFC no usará el espermatozoides del donante si la muestra no cumple con estos requisitos.

Entiendo que soy responsable de hacer que las muestras de espermatozoides se entreguen al laboratorio de andrología del WIFC antes del ciclo de tratamiento.

Entiendo que pueden producirse los mismos tipos de complicaciones en el embarazo o parto de un niño concebido mediante el uso de espermatozoides de donantes que aquellas que surgen en un embarazo logrado mediante relaciones sexuales o tratamiento de fertilidad con espermatozoides de la pareja. También es posible que los niños engendrados nazcan con anomalías, rasgos anormales, discapacidades o predisposición genética de cualquiera de los dos padres biológicos, al igual que un niño concebido mediante relaciones sexuales.

Acepto este acto como propio y reconozco mi obligación ante los niños nacidos, y acepto cuidar, apoyar y tratar a cualquiera de los niños nacidos como resultado de este procedimiento, en todos los aspectos, como si fueran mis hijos concebidos naturalmente.

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 #: \_\_\_\_\_

Entiendo que posiblemente el WIFC me contacte para una consulta de seguimiento.

Entiendo que las regulaciones federales y los requisitos de presentación de informes obligan al WIFC a proporcionar a los Centros para el Control de Enfermedades información específica de los ciclos con respecto al ciclo de tratamiento y resultado del embarazo. Sin embargo, entiendo que todos los identificadores personales asociados con este tratamiento se protegerán en virtud de la Ley de Privacidad. Mi información de identificación obtenida durante este proceso seguirá siendo de carácter confidencial y no se divulgará, excepto a empleados autorizados del Departamento de Salud del Estado de Rhode Island (Rhode Island State Department of Health) u otros organismos gubernamentales con mi permiso.

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 el 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 (y pareja, según corresponda) ha brindado su consentimiento según lo descrito anteriormente.

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

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(Intérprete)