



WOMEN & INFANTS HOSPITAL
 Providence, RI 02905
**CONSENT FOR THAWING AND
 TRANSFER OF CRYOPRESERVED
 EMBRYOS**

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 #: _____

MR-831S (9-2017)

**CONSENTIMIENTO PARA DESCONGELACIÓN Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES
 CRIOCONSERVADOS**

Yo _____ y _____
 (nombre de la Paciente en letra de imprenta) (nombre de la Pareja en letra de imprenta, según corresponda)
 damos nuestro consentimiento para la descongelación de embriones (óvulos fertilizados por un
 espermatozoide) previamente crioconservados (congelados) por Women & Infants Fertility Center
 (WIFC) con el propósito de transferir los embriones descongelados al útero de la paciente para intentar
 producir un embarazo.

PARTE I - PACIENTE

La fecundación in vitro (FIV) es un proceso a través del cual se estimula el crecimiento de los óvulos en los ovarios, y los óvulos resultantes se obtienen y fertilizan con el espermatozoide en el laboratorio. Este consentimiento describe el proceso de transferencia de embriones previamente congelados que se crearon a través de FIV, como se describe a continuación.

Momento de descongelación de embriones y preparación uterina

Entiendo que mientras se realiza la transferencia de embriones, los médicos y el personal del WIFC ("equipo de FIV") me realizarán controles exhaustivos. Los embriones pueden descongelarse:

- 1) durante un ciclo natural, donde el momento de ovulación se determina a través de un estrecho seguimiento realizado mediante pruebas de sangre, así como exámenes por ultrasonido; o
- 2) durante un ciclo "programado", donde se toman hormonas similares producidas por el cuerpo (incluidos, sin limitación, el estrógeno y la progesterona) a fin de preparar el útero para la transferencia de embriones.

Soy consciente de que el monitoreo uterino incluye la realización frecuente de ecografías y/o la extracción diaria de sangre, la cual conlleva el riesgo de malestar leve y hematomas en el lugar de punción. Entiendo que se realizarán ecografías transvaginales del revestimiento uterino según sea necesario y que dicho procedimiento posiblemente provoque molestias leves.

Entiendo que mi médico revisará los riesgos de cada uno de los medicamentos que me recetarán. En general, los riesgos de estos medicamentos incluyen (sin limitación) lo siguiente:

- Osteopenia
- Reacciones alérgicas
- Mayor riesgo de coagulación
- Infección en el lugar de inyección (para los medicamentos suministrados por inyección)

Transferencia de embriones

Durante la transferencia de embriones, los embriones se colocarán en mi útero. La transferencia de embriones normalmente se realiza mediante guía con ecografía, sin anestesia. Si es necesario el uso de anestesia, firmaré un formulario de consentimiento de anestesia por separado el día del procedimiento.

Entiendo que la transferencia de embriones hacia la cavidad uterina puede causar calambres, malestar y, posiblemente, un poco de sangrado. También existe el riesgo de infección, el cual puede exigir un

tratamiento con antibióticos.

Soy consciente de que el resultado de la FIV se correlaciona con la cantidad y calidad de embriones transferidos. Entiendo que la transferencia de más de un embrión me expone a un riesgo de múltiples gestaciones (más de un bebé) y que la gravedad del riesgo se correlaciona directamente con la cantidad de embriones transferidos.

Los riesgos de múltiples gestaciones incluyen, por ejemplo:

- Parto prematuro y parto de bebés prematuros que posiblemente requieran cuidados intensivos y tengan complicaciones a largo plazo asociadas con la prematuridad
- Diabetes gestacional
- Preeclampsia (un aumento peligroso de la presión arterial durante el embarazo)
- Aborto espontáneo

Comprendo que la política de WIFC es limitar la cantidad de embriones transferidos de acuerdo con la edad de la persona que proporciona los óvulos al momento de congelación y la calidad de los embriones. Mi médico me ha explicado que el propósito de esta política es optimizar la probabilidad de embarazo y simultáneamente reducir la tasa de gestaciones múltiples.

Soy consciente de que es posible que no se realice una transferencia de embriones en determinadas circunstancias, incluidas, sin limitación, las siguientes:

- No hay embriones aptos para transferencia.
- Un ciclo natural subóptimo o una respuesta inadecuada a hormonas complementarias (en caso de haberse administrado) que evitan una implantación exitosa en el útero.
- Pérdida o daño accidental de los embriones.

Si la transferencia de embriones no se lleva a cabo, entiendo que no quedaré embarazada en este ciclo.

Manejo posterior a la transferencia

En un intento por aumentar las probabilidades de una implantación exitosa, el manejo posterior a la transferencia incluye terapia hormonal (por ejemplo, progesterona) ya sea por inyección intramuscular, que puede causar hematomas o malestar en el lugar de inyección, o supositorios vaginales. Mi médico ha revisado los riesgos y efectos secundarios de este medicamento. Tomaré este medicamento hasta que mi médico o enfermera me indiquen lo contrario.

Entiendo que no hay garantías de que se produzca un embarazo como resultado del tratamiento. Mi médico ha hablado conmigo sobre las posibilidades de un resultado exitoso.

Entiendo que los embarazos como resultado de la FIV están sujetos a los mismos riesgos y complicaciones que los embarazos logrados sin intervención médica, incluido, sin limitación, lo siguiente:

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

Reconozco que el equipo de FIV no puede garantizar la salud de ningún bebé como resultado de este procedimiento.

Material desechado (Paciente y Pareja, según corresponda, para colocar sus iniciales a continuación)

_____	_____	Con la esperanza de ayudar a otros, dono para fines de enseñanza o investigación cualquier material biológico no utilizado, incluido el líquido folicular, esperma, óvulos inmaduros y/o no fertilizados, embriones anormales y/o detenidos (aquellos que dejaron de desarrollarse), que de lo contrario se desecharía sistemáticamente. Entiendo que no se generarán nuevos embarazos mediante el uso de este material. Comprendo que aceptar esta donación no implica ningún riesgo adicional. Entiendo también que puedo rehusarme a donar este material y el tratamiento proporcionado no se verá afectado.
iniciales de la paciente	iniciales de la pareja	

Mis limitaciones son las siguientes: _____

Disposiciones generales de consentimiento

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 los procedimientos que mi médico considere necesarios.

El equipo de FIV me ha explicado las opciones alternativas y sus riesgos y beneficios, incluidos los procedimientos que el WIFC no realiza y otras opciones no médicas, como la adopción o no llevar a cabo el tratamiento, y los comprendo.

Entiendo que las evaluaciones, incluidas las pruebas de VIH y hepatitis, se realizarán como parte rutinaria del proceso de FIV. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las pruebas de detección de VIH y estas se han respondido de forma satisfactoria. Es posible que también deban llevarse a cabo otros estudios indicados por antecedentes médicos o antecedentes familiares.

Entiendo que es posible que necesite una transfusión de sangre como resultado de estos procedimientos. Entiendo que las transfusiones de sangre se realizan de manera rutinaria con sangre donada por donantes voluntarios y que si el tiempo y mi condición lo permiten, tendré la opción de hacer que familiares donen sangre para mí. Entiendo que existen complicaciones imprevistas asociadas con las transfusiones, incluidas, sin limitación, las enfermedades transmitidas por transfusión (VIH, SIDA), reacciones alérgicas, escalofríos, fiebre, problemas cardíacos, pulmonares o hepáticos, o incluso la muerte. Los riesgos y beneficios asociados con las transfusiones sanguíneas se han discutido conmigo. Reconozco que las alternativas al tratamiento de transfusión de sangre se han discutido conmigo.

Reconozco que los médicos de Women & Infants Fertility Center solo están a cargo del manejo de la infertilidad y que soy responsable de obtener atención médica y ginecológica general a través de otros médicos.

Entiendo que Women & Infants Hospital es un hospital docente donde es posible que los miembros,

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 #: _____

residentes y estudiantes avanzados de medicina y enfermería observen o realicen FIV y sus procedimientos relacionados bajo la supervisión directa de profesionales autorizados de programas de enseñanza acreditados.

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, graben videos y/o hagan ilustraciones de mis procedimientos, óvulos, embriones, etc. y otros problemas médicos para fines educativos, científicos o de diagnóstico, siempre y cuando no se revele mi identidad.

Acepto notificar a Women & Infants Fertility Center del nacimiento de cualquier bebé como resultado de los procedimientos de FIV.

Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. Reconozco que nadie me ha dado garantías ni ha hecho promesas en cuanto a los resultados de mi tratamiento. Entiendo que el equipo de Women & Infants Fertility Center realiza los procedimientos mencionados anteriormente y que es posible que mi médico principal no lleve a cabo dichos procedimientos.

PARTE II - PACIENTE Y PAREJA (SEGÚN CORRESPONDA)

Entiendo que pueden existir otros procedimientos alternativos, incluido un ciclo de fecundación in vitro (FIV) en fresco, para lograr un embarazo. Soy consciente de que puedo elegir no transferir estos embriones y, en cambio, hacerlos descongelar y desechar, o intentar donarlos, como alternativas al almacenamiento continuo y/o la transferencia.

Soy consciente de que el personal de embriología elige, a su criterio, los embriones que descongela y esto podría incluir embriones que se congelaron en diferentes etapas de desarrollo. Puedo pedir a un miembro del personal que corrobore cuántos embriones están disponibles para descongelación. Entiendo que la cantidad de embriones disponibles para descongelación puede no ser la misma cantidad de embriones disponibles para transferencia. Entiendo que los embriones que se descongelan exitosamente pueden no ser viables el día de la transferencia y, en consecuencia, no se los transferirá.

Reconozco que el personal de embriología puede descongelar más embriones de los que deseo transferir con el fin de obtener la cantidad de embriones que espero que se transfieran. Entiendo que, aunque es improbable, pueden sobrevivir al proceso de descongelación más embriones que los que se desea transferir. Si sucede esto, analizaré mis opciones con el equipo de FIV.

Entiendo que posiblemente ninguno de los embriones sobreviva al proceso de congelación/descongelación y, si esto ocurre, no habrá embriones para transferir y no habrá posibilidades de que se produzca un embarazo en este 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:

Confirmo 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):

Confirmo 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)

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: _____