



**CONSENT FOR FRESH DONOR
OOCYTE- RECIPIENT
(ANONYMOUS DONOR)**

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-833S (9-2017)

***CONSENTIMIENTO PARA OVOCITOS DE DONANTE EN FRESCO - RECEPTORA
(DONANTE ANÓNIMA)***

Yo _____ y _____ hemos
(nombre de la Receptora en letra de imprenta) (nombre de la Pareja en letra de imprenta, según corresponda)
decidido someternos a una fecundación in vitro (FIV) en Women and Infants Fertility Center (WIFC) con
uso de óvulos de la donante anónima seleccionada _____ (la “Donante”).
(Número de la Donante)

La 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. Creo que el uso de óvulos de una donante anónima (“óvulos de donante”) ofrece la mejor opción para intentar lograr un embarazo, y habiendo entendido las otras opciones y alternativas disponibles, doy mi consentimiento para que se proceda a usar óvulos de una donante anónima en combinación con FIV para lograr un embarazo.

PARTE I – RECEPTORA

Preparación uterina

Mi médico me ha explicado que hay un límite de tiempo específico dentro del ciclo menstrual durante el cual puede implantarse un embrión (un óvulo fecundado por un espermatozoide). El primer paso en este proceso consiste en sincronizar mi útero con el ciclo de estimulación de la Donante para que mi útero esté preparado para la transferencia de embriones. Entonces, se usan hormonas para desarrollar y estabilizar el revestimiento del útero (la parte de mi útero donde se implanta el embrión). Mi médico determina el mejor protocolo para la preparación uterina en función de diferentes factores, que incluyen mi edad y estado menstrual (es decir, premenopausia, menopausia, etc.).

La preparación del útero ocurre en cuatro fases:

- Fase premenstrual: se usan medicamentos para inhibir mi ciclo menstrual y sincronizarme con la Donante.
- Fase 1 - Fase de desarrollo: recibo un medicamento, como el estrógeno, para engrosar el revestimiento del útero. Después de recibir este medicamento, se realiza una ecografía para asegurarse de que el grosor del útero sea adecuado.
- Fase 2 - Estabilización del endometrio: comienzo a tomar progesterona en un momento determinado por mi médico antes de la transferencia de embriones para preparar el útero para la implantación. Entiendo que comienzo a tomar la progesterona en un día específico determinado por mi médico. Acepto que no tomaré progesterona hasta que mi médico o enfermera me lo indiquen.
- Fase posterior a la transferencia: la progesterona es necesaria para mantener el embarazo incluso después de la implantación. Continuaré tomando progesterona y estrógeno después de la transferencia de embriones y acepto no interrumpir su uso hasta que mi médico o enfermera me lo indiquen específicamente.

Riesgos de la terapia hormonal:

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 el medicamento suministrado por inyección)

Fecundación de los óvulos con espermatozoides

Entiendo que tras la obtención exitosa de los óvulos de la Donante, el personal de embriología evaluará y preparará dichos óvulos para el proceso de fecundación. La fecundación se logra a través de la inseminación (colocación del espermatozoide alrededor del óvulo) o la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI, inyección de un solo espermatozoide en el óvulo).

- Si se utiliza esperma congelado, se exigen consentimientos adicionales.
- También es necesaria una autorización para el almacenamiento y uso de esperma congelado para el laboratorio.

Soy consciente de que mi médico o el personal de embriología toman la decisión de proceder con inseminación o ICSI. Esta decisión se basa en la calidad de los espermatozoides y/u óvulos, y/o la cantidad disponible para fecundación. Si se indica ICSI, firmaré un formulario de consentimiento por separado.

Transferencia de embriones

Durante la transferencia de embriones, estos se colocan 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 un embrión 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 en el útero. 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 de este 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 materna, la edad de la donante de ovocitos y la calidad de los embriones. Mi médico me ha explicado que el propósito de esta política es maximizar la probabilidad de embarazo y simultáneamente reducir la tasa de gestaciones múltiples. Entiendo que cualquier embrión viable restante puede congelarse o almacenarse para una posible transferencia en un ciclo posterior.

La transferencia de embriones no se realiza cuando no hay embriones aptos. Esto ocurre cuando no se obtiene ningún óvulo de la Donante, los óvulos no se fertilizan o los embriones no se desarrollan normalmente. Si la transferencia de embriones no se lleva a cabo, entiendo que no quedaré embarazada en ese 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 WIFC no puede garantizar la salud de ningún bebé como resultado de este procedimiento.

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

iniciales de la
paciente

iniciales de la
pareja

Con la esperanza de ayudar a otros, dono para fines de enseñanza o investigación cualquier material biológico no utilizado, incluido el líquido folicular, espermatozoides, 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.

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 #: _____

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.

Se me han explicado las opciones alternativas y los riesgos y beneficios de estas opciones alternativas, incluidos los procedimientos que no se realizan aquí y otras opciones no médicas, como la adopción o no llevar a cabo el tratamiento, y las comprendo.

Entiendo que las evaluaciones, incluidas las pruebas de VIH y hepatitis, se realizan como parte rutinaria del proceso de FIV. Es posible que también deban llevarse a cabo otros estudios indicados por antecedentes médicos o antecedentes familiares.

Entiendo que, en caso de que haya sangrado como consecuencia de estos procedimientos, es posible que necesite una transfusión de sangre. 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, 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. No obstante, dado que no se me someterá a la obtención de ovocitos (óvulos), las posibilidades de sangrado o hemorragia y la necesidad de una transfusión son extremadamente remotas.

Reconozco que los médicos de Women & Infants Fertility Center solo están a cargo del manejo de la infertilidad y que soy responsable de obtener mi 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, 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 estos procedimientos y que es posible que mi médico principal no lleve a cabo dichos procedimientos.

PARTE II: RECEPTORA Y PAREJA, SEGÚN CORRESPONDA

Uso de óvulos de Donante anónima

Entiendo que WIFC obtiene óvulos de una donante (la “Donante”) con mi conformidad. Reconozco que, aunque WIFC usa óvulos de donante en los procedimientos de FIV, WIFC no garantiza, asegura ni da ningún otro tipo de certeza con respecto a la calidad de los óvulos aparte del hecho de que la fuente del óvulo sea la Donante.

Soy consciente de que WIFC no lleva a cabo ninguna investigación ni verificación independiente de la información proporcionada por la Donante en el perfil de la Donante y no asegura ni garantiza la veracidad, la integridad o la exactitud de la información.

Entiendo que WIFC realiza determinadas pruebas de detección de infecciones y análisis de laboratorios previos a la concepción en la Donante seleccionada, así como una evaluación psicológica y un examen físico, y estos resultados están a mi disposición.

Reconozco que WIFC exige que yo y mi pareja (según corresponda) nos realicemos una evaluación y detección completa de enfermedades infecciosas, que incluye pruebas de detección de VIH, hepatitis y otras pruebas que WIFC considere adecuadas, una consulta psicológica y una preparación de espermatozoides de ensayo. Es posible que también deban llevarse a cabo otros estudios indicados por antecedentes médicos o antecedentes familiares.

Soy consciente de que aún es posible que los niños nacidos como resultado del uso de óvulos de una Donante presenten anomalías mentales o físicas o puedan tener tendencias, características o afecciones hereditarias no deseadas, y reconozco que WIFC no tiene manera de asegurar ni garantizar que dichos niños no presentarán infecciones, enfermedades o afecciones hereditarias, de transmisión sexual o de otro tipo, ni que la Receptora no tendrá infecciones, enfermedades o afecciones de transmisión sexual como resultado de los procedimientos.

Entiendo que puede haber complicaciones que eviten que se produzca un embarazo, incluidas, sin limitación, las siguientes:

- Incapacidad para obtener óvulos de la Donante
- Pérdida o daño accidental de los embriones obtenidos
- La Donante no puede donar por motivos personales o no está dispuesta a hacerlo

Reconozco mi obligación ante los niños nacidos como resultado de este acto para lograr un embarazo usando óvulos de donante, y acepto cuidar, apoyar, financieramente y de otro modo, y tratar a cualquiera de los niños nacidos como resultado de estos procedimientos, 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 #: _____

Soy consciente de que, al elegir proceder con la FIV usando óvulos de donante anónima, acepto que no haré ningún intento por identificar, buscar, localizar, contactar o divulgar a otros, en caso de conocerlas, la identidad ni la ubicación de la Donante.

Entiendo que los niños presentes o futuros nacidos como resultado de estos procedimientos pueden estar relacionados (genéticamente, biológicamente o en ambos aspectos) con los hijos presentes o futuros de la Donante, y que mis hijos deben someterse a pruebas de sangre y otras pruebas genéticas que correspondan para determinar una posible relación genética con una pareja antes de establecer cualquier relación que pueda producir un niño. Entiendo que mis hijos deben divulgar a cualquier pareja la posibilidad de relación genética y la importancia de que la pareja se someta a pruebas de sangre y a otras pruebas genéticas que correspondan. Entiendo que WIFC no tiene ninguna obligación ni deber de realizar estas divulgaciones a ninguna persona en ningún momento.

Entiendo que WIFC no ofrece ninguna garantía, expresa ni implícita, con respecto a la naturaleza de la relación legal de los embriones creados ni de los niños nacidos como resultado del uso de óvulos donados. Entiendo que debo consultar a un asesor legal al respecto.

Reconozco que me han explicado este formulario y entiendo su contenido. Entiendo que este consentimiento es válido por un (1) año a partir de la fecha de su firma y que completaré un formulario de consentimiento específico con cada ciclo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas se han respondido de forma satisfactoria.

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

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)

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 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)

Para la firma de la Pareja (cuando no ha firmado en 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: _____