



**WOMEN & INFANTS HOSPITAL**  
 Providence, RI 02905  
**CONSENT FOR EGG DONATION**  
**(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-835S (9-2017)

**CONSENTIMIENTO PARA LA DONACIÓN DE ÓVULOS**  
**(Donante anónima)**

1. Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento a los médicos y al  
 (Nombre completo de la Donante en letra de imprenta)  
 personal de Women & Infants Fertility Center (WIFC) para que me realicen una obtención de ovocitos  
 (óvulos) con el fin de donar los óvulos obtenidos (“óvulos de donante”) a otro paciente para su uso  
 durante los procedimientos de fecundación in vitro (FIV).

**2. Evaluación**

Entiendo que WIFC sigue un proceso de evaluación antes de la transferencia de tejido reproductivo de una paciente a otra. Debo completar un perfil en el que detalle mis antecedentes personales, médicos y familiares según mi leal saber y entender. Me someteré a una evaluación, que incluye pruebas de sangre, para la detección, en mí y en mi pareja (según corresponda) del VIH y otras enfermedades infecciosas, una consulta psicológica, un examen físico y de antecedentes, y cualquier otra prueba que los médicos de WIFC consideren adecuada.

**3. Medicamentos (hiperestimulación), control y pruebas de sangre**

Me han explicado el uso de "medicamentos para la fertilidad", como píldoras anticonceptivas orales, agonistas de GnRH, gonadotropinas, antagonistas de GnRH, gonadotropina coriónica humana (hCG), progesterona, estradiol, letrozol y antibióticos, y sus respectivos riesgos y efectos secundarios. Entiendo que algunos de estos medicamentos pueden usarse "fuera de lo indicado" (no aprobado por la FDA para este uso). Soy consciente de que algunos de estos medicamentos deben administrarse mediante inyecciones intramusculares o subcutáneas y pueden causar hematomas o malestar en el lugar de inyección.

Entiendo que pueden surgir complicaciones como resultado del uso de medicamentos para la fertilidad. Las complicaciones por tomar estos medicamentos incluyen, sin limitación:

- infección
- agrandamiento de los ovarios y/o hiperestimulación\*
- daño a los ovarios
- reacción adversa o alérgica al medicamento
- muy raramente, coágulos de sangre, accidente cerebrovascular, paro cardíaco y/o muerte

Mi médico me ha explicado y entiendo que el síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) puede ser un riesgo o complicación graves por tomar medicamentos para la fertilidad. Los síntomas del SHO incluyen aumento del tamaño de los ovarios, torsión ovárica (retorcimiento de los ovarios), náuseas y vómitos, acumulación de líquidos en el abdomen, dificultades respiratorias, aumento de concentración de glóbulos rojos, problemas renales y hepáticos, y en los casos más graves, coágulos de sangre, insuficiencia renal o la muerte. En los casos más graves de SHO, es posible que las complicaciones severas exijan hospitalización e intervención médica.

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

Reconozco la importancia de mantener un estrecho contacto con los médicos y el personal de WIFC ("equipo de FIV") durante el período que reciba estos medicamentos y por un mínimo de dos (2) semanas posteriores. Mientras tome cualquiera de los medicamentos mencionados anteriormente, el equipo de FIV me realizará controles exhaustivos mediante pruebas de sangre. Este control puede efectuarse diariamente y conlleva el riesgo de malestar leve y hematomas en el lugar de venopunción (extracción de sangre).

Soy consciente de que se realizan ecografías transvaginales y que dicho procedimiento posiblemente provoque ciertas molestias. Si los controles sugieren una baja probabilidad de obtención exitosa de óvulos, es posible que mi ciclo de estimulación se detenga y no se lleve a cabo la obtención de óvulos. Alternativamente, si mi médico considera que estoy en riesgo de padecer SHO grave, es posible que se interrumpan los medicamentos de estimulación y no se lleve a cabo la obtención de óvulos.

#### **4. Obtención de ovocitos (óvulos) por vía transvaginal**

La obtención de ovocitos (óvulos) es la extracción de óvulos de los ovarios a través del uso de una sonda de ecografía transvaginal y una aguja. En una fecha determinada por el equipo de FIV, ingresaré en Women & Infants Fertility Center como paciente ambulatoria. Si es necesario el uso de anestesia para la obtención de óvulos, firmaré un formulario de consentimiento de anestesia por separado el día del procedimiento. Excepcionalmente, no se puede acceder a los ovarios mediante la vía transvaginal y debe realizarse una obtención transabdominal.

Los riesgos de la obtención de óvulos incluyen, por ejemplo:

- **Infección:** las bacterias que normalmente se encuentran en la vagina pueden transferirse accidentalmente a la cavidad abdominal a través de la aguja y pueden causar una infección del útero, trompas de Falopio, ovarios y otros órganos intrabdominales. Es posible que el tratamiento de la infección exija el uso de antibióticos orales o intravenosos. Las infecciones graves ocasionalmente requieren cirugía para eliminar el tejido infectado. Las infecciones pueden afectar de manera negativa la fertilidad.
- **Sangrado:** es común perder pequeñas cantidades de sangre durante la obtención de óvulos. Las hemorragias graves pueden exigir reparación quirúrgica. La necesidad de transfusiones de sangre es poco frecuente; sin embargo, en raras circunstancias, un sangrado no reconocido puede provocar la muerte.
- **Trauma:** a pesar del uso de guía con ecografía, es posible que los órganos o las estructuras dentro del abdomen se dañen. Las lesiones en los órganos o estructuras internos pueden generar una necesidad de tratamiento adicional, por ejemplo, admisión al hospital, transfusión de sangre o cirugía.

La cantidad exacta de óvulos obtenidos no se determina hasta su evaluación microscópica final. Entiendo que no hay garantías de que se obtengan óvulos durante este proceso.

Tras la obtención de los óvulos, es posible que experimente un leve malestar abdominal y/o leve sangrado vaginal. Entiendo que si experimento un dolor abdominal grave, sangrado profuso o

temperaturas de más de 100.5 °F, debo ponerme en contacto con WIFC de inmediato. En el caso de experimentar una verdadera emergencia médica, comprendo que debo llamar al 911 o dirigirme directamente al departamento de emergencias más cercano.

## **5. Donación**

Entiendo, propongo y acepto que, luego de la obtención de óvulos, todos los óvulos obtenidos sean donados a otra paciente para su uso en la realización de FIV. Entiendo que, en el momento de la donación, renuncio, libero y cedo incondicional e irrevocablemente todos y cada uno de mis derechos y pretensiones sobre los óvulos donados.

Soy consciente de que, a menos que lo exija la ley, WIFC mantiene la confidencialidad de mi identidad, y no revelará mi identidad a la receptora de los óvulos de donante ni a su pareja (según corresponda).

Reconozco que la receptora de los óvulos donados puede tener derecho a donar a otra persona los embriones congelados (óvulos fertilizados por espermatozoides) creados gracias al uso de los óvulos donados. No intentaré revelar ni divulgar a otra persona si esos óvulos de donantes se han usado en procedimientos de FIV ni el desenlace de tales procedimientos.

No intentaré identificar, buscar, localizar ni contactar intencionalmente a las receptoras de: 1) los óvulos de donante, 2) cualquier embrión creado con los óvulos de donante, y/o 3) los niños resultantes de cualquier procedimiento de FIV en el que se utilicen óvulos de donante.

Reconozco que WIFC puede desechar cualquier óvulo de donante que no es usado por la receptora.

## **6. Pruebas genéticas futuras**

Entiendo que los niños presentes o futuros nacidos pueden estar relacionados (genéticamente, biológicamente o en ambos aspectos) con un hijo creado a partir del uso de óvulos de 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.

Reconozco que WIFC no tiene ninguna obligación ni deber de realizar estas divulgaciones a ninguna persona en ningún momento.

## **7. Material desechado**

Con la esperanza de ayudar a otros, dono para fines de enseñanza o investigación cualquier material biológico no utilizado que de lo contrario se desecharía sistemáticamente. Entiendo que no se generarán embarazos con el uso de este material. Comprendo que aceptar esta donación no implica ningún riesgo adicional. También entiendo que puedo rehusarme a donar este material y que el tratamiento brindado 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:

---

## **8. 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 a la donación de óvulos y los riesgos y beneficios de estas opciones alternativas, incluidos los procedimientos que no se realizan aquí y otras opciones no médicas como no llevar a cabo el tratamiento, y las comprendo.

Entiendo que es posible que necesite una transfusión de sangre como resultado de los procedimientos mencionados anteriormente. 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.

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 procedimientos, óvulos, espermatozoides, embriones, etc. y otros problemas médicos para fines educativos, científicos o de diagnóstico, siempre y cuando no se revele mi identidad.

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 descritos anteriormente y que es posible que mi médico principal no lleve a cabo dichos procedimientos.

Entiendo que WIFC no ofrece ninguna garantía, expresa ni implícita, con respecto a la naturaleza de la relación legal de los embriones (óvulos fecundados con espermatozoides) creados ni de los niños

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

nacidos como resultado del uso de óvulos de donantes. Entiendo que debo consultar a un asesor legal al respecto.

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: \_\_\_\_\_  
Donante

**Acuse de recibo del proveedor:**

Confirmo que la donante 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 donante ha brindado su consentimiento según lo descrito anteriormente.

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

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