



ginecologia  
i reproducció

## DESCONGELACIÓN Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES PROPIOS

### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD



D <sup>a</sup> .	<input type="text"/>		
mayor de edad, con DNI/Pasaporte nº	<input type="text"/>	, estado civil	<input type="text"/>
D.	<input type="text"/>		
mayor de edad, con DNI/Pasaporte nº	<input type="text"/>	civil	<input type="text"/>
con domicilio en la ciudad de	<input type="text"/>		
calle	<input type="text"/>	nº <input type="text"/>	C.P. <input type="text"/>
		País	<input type="text"/>
concurriendo como (matrimonio/pareja de hecho/mujer sin pareja)	<input type="text"/>		

#### DECLARO/DECLARAMOS:

- 1) Tener plena capacidad de obrar.
- 2) En este acto, de manera libre, consciente y expresa, presto/prestamos mi/nuestro consentimiento escrito a la transferencia de preembriones propios previamente criopreservados.
- 3) Que anteriormente a este acto, se me/nos ha dado información verbal y escrita, esta última a través del *"Documento de información para el Consentimiento Informado de Fecundación in Vitro o Microinyección espermática, con Transferencia Embrionaria y Congelación Embriones"*, que he/hemos leído, comprendido y suscrito. En consecuencia, he/hemos recibido información sobre las siguientes cuestiones:
  - La indicación, procedimiento, probabilidades de éxito, riesgos, contraindicaciones y complicaciones del tratamiento propuesto.
  - Información y asesoramiento sobre la descongelación y la transferencia de embriones previamente criopreservados, en sus aspectos biológicos, jurídicos y éticos.
  - Información relativa a las condiciones económicas del tratamiento.
  - La disposición del personal sanitario para ampliar cualquier aspecto de la información que no haya quedado suficientemente aclarado.
  - Los destinos de los posibles preembriones viables que quedarán criopreservados en el banco del centro por no haber sido transferidos al útero en el ciclo de tratamiento.
  - La obligación de renovar o modificar periódicamente mi/nuestro consentimiento respecto de los preembriones criopreservados, así como de comunicar al centro cualquier cambio de domicilio o circunstancia personal que pueda afectar a su destino (separación, fallecimiento o incapacidad sobrevenida de uno de los cónyuges, etc.) o dificultar nuestra localización.
- 4) Conocer que, en cualquier momento anterior a la descongelación embrionaria, la mujer receptora puede pedir que se suspenda la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, y que dicha petición deberá atenderse.

Firma de los interesados:

Centre de Ginecologia i Reproducció Girexx · Clínica Quirúrgica Onyar  
C/Heroïnes de Santa Bàrbara, 6 · 17004 · Girona · Tel. 972 226 004 · Fax 972 411 886  
www.girexx.cat · e-mail: girexx@girexx.cat

Página 1 de 3

5) El equipo médico me/nos ha informado también de los siguientes riesgos relacionados con mis/nuestras circunstancias personales:

6) Autorizo/Autorizamos y consiento/consentimos la transferencia de un máximo de  (uno, dos o tres) preembriones.

7) Que de no utilizarlos en el futuro para nuestro proyecto reproductivo común, el destino que deseáramos para los posibles preembriones congelados sobrantes sería: *(marcar lo que proceda)*

- donación con fines reproductivos
- donación con fines de investigación
- cese de su conservación sin otra utilización al finalizar el plazo máximo de conservación.

8) He/Hemos comprendido toda la información, que se me/nos ha dado en forma suficiente, comprensible y adecuada por parte del Dr./Dra.

9) De igual forma en la consulta médica he/hemos afirmado:

- No haber omitido ningún dato de tipo médico o legal que pudiera incidir en el tratamiento o sus consecuencias.
- Comprometerme/Comprometernos a notificar al centro los cambios de domicilio que impidiesen o dificultasen la necesaria comunicación en caso de preembriones congelados restantes.

Y una vez debidamente informados,

## AUTORIZO/AUTORIZAMOS:

A la aplicación de los procedimientos de tratamiento y control necesarios para el tratamiento de descongelación y transferencia embrionarias.

*El contenido del presente documento refleja el estado actual del conocimiento, y por tanto, es susceptible de modificación en caso de que así lo aconsejen nuevos hallazgos o avances científicos.*

*Según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, mis datos de carácter personal y sanitario quedarán registrados en in fichero propiedad del centro, \_\_\_\_\_ pudiendo ser utilizados y cedidos única y exclusivamente a los efectos de la actuación encargada, gozando de los derechos de acceso, rectificación y cancelación. Todos los datos que se derivan del proceso quedarán reflejados en la correspondiente historia clínica, que será custodiada en las instalaciones de la entidad para garantizar su correcta conservación y recuperación.*

NOTA: La clínica hará todo lo posible para mantener el almacenaje de las células/tejidos en condiciones óptimas, pero no se hará responsable de la pérdida de viabilidad de los mismos debido a desastres naturales u otras emergencias que estén fuera del control de la clínica. Debe conocer que sus embriones podrían ser trasladados a una localización alternativa en caso de una situación de emergencia (inundaciones, disturbios, fuego, situaciones violentas -armas-, amenazas/ataques terroristas, gas u otras explosiones, terremotos, etc.).

En  a  de  de

Fdo. El/La Médico/a (Col.nº )

Fdo. D<sup>º</sup>.

Fdo. D.

## ANEXO para la REVOCACIÓN del presente consentimiento

Dña.

mayor de edad, provista de DNI / pasaporte nº

y domicilio en la calle/plaza

de

D.

mayor de edad, provisto de DNI / pasaporte nº

y domicilio en la calle/plaza

de

en este acto solicito/solicitamos la SUSPENSIÓN de la aplicación de la técnica de reproducción asistida a la que me/nos estoy/estamos sometiendo.

En

a

de

de

Fdo. El/La Médico/a (Col.nº )

Fdo. D<sup>o</sup>.

Fdo. D.