



## DESCONGELACIÓN Y TRANSFERENCIA DE PREEMBRIONES PROPIOS

### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO

### SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD

D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_  
mayor de edad, con DNI/Pasaporte. n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, y  
D. \_\_\_\_\_  
mayor de edad, con DNI/Pasaporte \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, y  
con domicilio en la ciudad de \_\_\_\_\_,  
calle \_\_\_\_\_ n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
País \_\_\_\_\_, concurriendo como (matrimonio/pareja de hecho/mujer  
sin pareja) \_\_\_\_\_

#### 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 y Congelación Preembrionaria”**, 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.
  - Los riesgos genéticos, ya que la utilización de gametos procedentes de donante no permite asegurar que no se produzcan mutaciones o alteraciones genéticas (surgidas de novo o hereditarias) que conlleven la transmisión de enfermedades genéticas a la descendencia.
  - Información y asesoramiento sobre la descongelación y la transferencia de preembriones 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 preembrionaria, la mujer receptora puede pedir que se suspenda la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, y que dicha petición deberá atenderse, obligándose a dar una salida legal a dichos preembriones.
- 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 el destino que deseo/deseamos dar a los posibles preembriones sobrantes sería (marcar lo que proceda):
- Uso propio, es decir utilización por la propia pareja, mujer o, en su caso, su cónyuge femenino.
  - Donación con fines reproductivos (*si la mujer es  $\leq$  35 años*).
  - Donación con fines de investigación (*en base a un proyecto debidamente presentado y autorizado por las autoridades sanitarias competentes, previo informe favorable del órgano competente y consentimiento escrito de la pareja o de la mujer*).
  - Cese de su conservación sin otra utilización al finalizar el plazo máximo de conservación (*cuando la receptora no reúna los requisitos clínicamente adecuados para realizar la técnica de reproducción asistida*).

**Me comprometo/nos comprometemos a acudir a la clínica para formalizar la renovación o cambio de destino del material criopreservado (ovocitos, espermatozoides o preembriones) y asumir en todo caso el coste económico del material criopreservado durante el tiempo que aquél esté depositado en el centro.**

- 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 preembrionarias.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. El/La Médico/a(Col.nº

) Firma Paciente

Firma Pareja

DNI:..... DNI:.....

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, sus 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, cancelación y oposición. 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 preembriones 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, cierre de la Clínica, etc...).

#### ANEXO para la REVOCACION del presente consentimiento

Dña _____, mayor de edad, provista de DNI/pasaporte nº _____ y domicilio en la calle/plaza _____ de _____,	
D. _____, mayor de edad, provista 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.	
Fdo. Dña _____	Fdo. D _____
Firma del Médico:	