



**CONSENT FOR IN VITRO FERTILIZATION  
USING A TRADITIONAL SURROGATE  
(TRADITIONAL SURROGATE)**

MR-842S (9-2017)

***CONSENTIMIENTO PARA FECUNDACIÓN IN VITRO USANDO  
SUBROGACIÓN TRADICIONAL (SUSTITUTA DE GESTACIÓN SUBROGADA TRADICIONAL)***

1. Yo, \_\_\_\_\_, he sido elegida por:  
(nombre completo de la Paciente/Sustituta de gestación subrogada tradicional en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_ y  
(nombre de uno de los Futuros padres en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_   
(nombre del otro de los Futuros padres en letra de imprenta, según corresponda)

denominados colectivamente los “Futuros padres”, para actuar como Sustituta de gestación subrogada tradicional como parte de un proceso de fecundación in vitro (FIV) que se llevará a cabo en Women & Infants Fertility Center (WIFC). Después de la FIV, los embriones resultantes se transferirán a mi útero con el objetivo de engendrar un hijo para los Futuros padres.

2. Entiendo que yo (y mi pareja, según corresponda) puedo tener conflictos de intereses con los Futuros padres, y que WIFC exige que todas las partes busquen un asesor legal independiente por separado y celebren un acuerdo por escrito para abordar todas las áreas de acuerdo, inquietud y conflicto que puedan surgir, incluidas, sin limitaciones, las medidas que deberán tomarse en caso de embarazo múltiple de mellizos o más, y los derechos parentales sobre los hijos resultantes.

3. Definiciones

- a. **Sustituta de gestación subrogada tradicional:** es la persona que gesta el hijo de los Futuros padres y tiene ningún vínculo genético con el niño en desarrollo creado a partir del uso de óvulos de la propia Sustituta de gestación subrogada tradicional. Después de que se realiza la FIV en la Sustituta de gestación subrogada tradicional, los embriones resultantes se transfieren al útero de la Sustituta de gestación subrogada tradicional.
- b. **Embrión:** un óvulo fecundado por un espermatozoide.
- c. **Crioconservación:** proceso de conservación a través de la congelación.
- d. **Fecundación in vitro (FIV):** 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.
- e. **Transferencia de embriones:** colocación de embriones en el útero.

4. Proceso de evaluación

Entiendo que los espermatozoides usados en el proceso de FIV se obtienen de uno de los Futuros padres o de un donante de espermatozoides. Si se usan espermatozoides de donante, se firmarán formularios de consentimiento adicionales.

Soy consciente de que WIFC sigue un proceso de evaluación antes de la transferencia de tejido reproductivo de una paciente a otra. Si se usan espermatozoides donados por uno de los Futuros padres, este se realizará una evaluación y detección completa de enfermedades infecciosas, que incluyen análisis de sangre para detección de VIH, hepatitis y otras pruebas que WIFC considere adecuadas. Es posible que también deban llevarse a cabo otros estudios indicados por antecedentes médicos o antecedentes familiares.

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 que también me realizaré una evaluación y detección completa de enfermedades infecciosas, que incluyen pruebas de detección de VIH, hepatitis y otras pruebas que WIFC considere adecuadas. Es posible que también deban llevarse a cabo otros estudios indicados por antecedentes médicos o antecedentes familiares.

Entiendo que si los embriones que se transfieren a mi útero no se congelan y ponen en cuarentena durante seis meses antes, asumo el bajo riesgo de contraer VIH y otras enfermedades infecciosas. Entiendo que ningún ovocito (óvulo) ni espermatozoide en fresco usado para fecundar los óvulos se congela y pone en cuarentena antes de la FIV. Entiendo que, si se usan espermatozoides de donante, se los pone en cuarentena, pero los óvulos no se ponen en cuarentena antes de la FIV.

Soy consciente de que WIFC no ofrece ninguna garantía con respecto a la veracidad de la información proporcionada por los Futuros padres en el proceso de evaluación descrito anteriormente. Entiendo que WIFC no es responsable por la precisión ni la veracidad de la información obtenida de los Futuros padres durante el proceso de evaluación.

Reconozco que WIFC no asume ni puede asumir ninguna responsabilidad ni obligación por las acciones o inacciones de los Futuros padres durante el proceso de evaluación.

#### 5. 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.

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 realizarán 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 los medicamentos de estimulación deban interrumpirse y el ciclo se cancele, o los óvulos o embriones se crioconservarán (se congelarán) y se transferirán en otra fecha posterior.

#### 6. 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.

Es posible que la cantidad exacta de óvulos obtenidos no se determine 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.

## 7. Fecundación de los óvulos con espermatozoides

Entiendo que tras la obtención exitosa de los óvulos, 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. La ICSI solo se realiza después de que se firma el formulario de consentimiento adicional.

## 8. 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 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. Si deseo congelar o almacenar mis embriones, deberé firmar un formulario de consentimiento adicional.

La transferencia de embriones no se realiza cuando no hay embriones aptos. Esto ocurre cuando no se obtiene ningún óvulo, 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.

#### 9. 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 la posibilidad 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.

#### 10. Pruebas genéticas futuras

Entiendo que los niños presentes o futuros nacidos pueden estar relacionados (genéticamente, biológicamente o en ambos aspectos) con los hijos creados a partir del uso de mis óvulos durante estos procedimientos de FIV, 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 las presentes divulgaciones a ninguna persona en ningún momento.

#### 11. Material desechado (**Paciente/Sustituta de gestación subrogada tradicional 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, esperma, óvulos inmaduros y/o no fertilizados, embriones anormales y/o detenidos (aquellos que dejaron de desarrollarse), que de lo contrario se desearía sistemáticamente. Entiendo que no se generarán nuevos embarazos mediante 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 el tratamiento proporcionado no se verá afectado.

Mis limitaciones son las siguientes: \_\_\_\_\_

## 12. 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 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, como resultado de los procedimientos mencionados anteriormente, 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.

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

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

procedimientos, óvulos, espermatozoides, 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 realizará estos procedimientos, y que es posible que mi médico principal no lleve a cabo dichos procedimientos.

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/Sustituta de gestación subrogada tradicional

**Acuse de recibo de la pareja de la Sustituta de gestación subrogada tradicional (según corresponda):**

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

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

**Acuse de recibo del proveedor:**

Confirmando que la paciente 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):**

Confirmando que la paciente ha brindado su consentimiento según lo descrito anteriormente.

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

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