



**CONSENT FOR TRANSFER OF
EMBRYOS FROM THAWED OOCYTES**

**CONSENTIMIENTO PARA LA TRANSFERENCIA DE EMBRIONES PROVENIENTES DE
OVOCITOS DESCONGELADOS**

Yo, _____, doy mi consentimiento a los médicos y personal
(Nombre de la paciente en letra de imprenta)
del Women & Infants Fertility Center (WIFC) para realizar fecundaciones in vitro (FIV) con el uso de
mis ovocitos congelados (óvulos) con el propósito de intentar quedar embarazada.

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. Este consentimiento
describe el proceso de FIV mediante el uso de óvulos congelados previamente, como se describe a
continuación.

Momento de descongelación de ovocitos y preparación uterina

Entiendo que mientras se realiza la preparación para la creación y transferencia de embriones (óvulos
fertilizados por un espermatozoide) a partir de óvulos descongelados, los médicos y el personal del
WIFC ("equipo de FIV") me realizarán controles exhaustivos. Los óvulos pueden descongelarse en los
siguientes momentos:

- 1) durante un ciclo natural, donde el momento de ovulación se determina a través de un
estrecho seguimiento realizado mediante pruebas de sangre, así como exámenes por
ultrasonido; o
- 2) durante un ciclo "programado", donde se toman hormonas similares producidas por el
cuerpo (incluido, sin limitación, el estrógeno y la progesterona) a fin de preparar el
útero para la transferencia de embriones.

El monitoreo uterino incluye la realización frecuente de ecografías y/o la extracción diaria de sangre, la
cual conlleva el riesgo de malestar leve y hematomas en el lugar de punción. Entiendo que se realizarán
ecografías transvaginales del revestimiento uterino según sea necesario y que dicho procedimiento
posiblemente provoque molestias leves.

Soy consciente de 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:

- Reacciones alérgicas
- Mayor riesgo de coagulación
- Infección en el lugar de inyección (para los medicamentos suministrados por inyección)

Reconozco que posiblemente ninguno de los óvulos sobreviva al proceso de congelación o
descongelación y si esto ocurre, no se crearán embriones para transferir y no habrá posibilidades de que
se produzca un embarazo.

Fecundación de los óvulos con espermatozoides

En el día de descongelación de los óvulos, el esperma designado se usará para intentar fertilizar los

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 #: _____

óvulos mediante la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). La ICSI es un procedimiento que implica la inyección directa de un solo espermatozoide en cada óvulo. Entiendo que debo firmar un formulario de consentimiento separado para la ICSI.

- Si se va a utilizar espermatozoides congelados, se exigen consentimientos adicionales.
- También es necesaria una autorización para el almacenamiento y uso de espermatozoides congelados para el laboratorio de andrología.

Transferencia de embriones

Durante la transferencia de embriones, los embriones 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.

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.

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

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 #: _____

ha revisado los riesgos y efectos secundarios de este medicamento. Tomaré este medicamento hasta que mi médico o enfermera me indiquen lo contrario.

Soy consciente de que después de la transferencia de embriones y hasta el momento en que estos suplementos hormonales se interrumpan, deberé realizar pruebas de sangre para evaluación hormonal, así como exámenes por ultrasonido regulares realizados de acuerdo con lo indicado por el programa.

Reconozco 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 estos procedimientos 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

Entiendo que, dado que la cantidad total de bebés que nacen de óvulos congelados es reducida, el riesgo absoluto del procedimiento de crioconservación de óvulos se desconoce en la actualidad, por lo que se recomienda un control riguroso del embarazo y de los niños nacidos a partir de óvulos previamente congelados. Es posible que el obstetra recomiende la toma de muestras de vello de la corion (CVS), para obtener una muestra de la placenta en crecimiento, o la amniocentesis (donde se inserta una aguja a través del estómago hacia el saco amniótico y se extrae líquido de muestra) con el objetivo de confirmar que el embarazo sea cromosómicamente normal.

Reconozco que el equipo de FIV no puede garantizar la salud de ningún bebé como resultado de este procedimiento.

Material desechado (paciente 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 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. También entiendo que puedo rehusarme a donar este material y el tratamiento proporcionado no se verá afectado.

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.

El equipo de FIV me ha explicado las opciones alternativas y sus riesgos y beneficios, incluidos los procedimientos que el WIFC no realiza y otras opciones no médicas, como la adopción o no llevar a cabo el tratamiento, y los comprendo.

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

Entiendo que es posible que necesite una transfusión de sangre como resultado de estos procedimientos. 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, las 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 del Women & Infants Fertility Center solo están a cargo del manejo de mi infertilidad y que soy responsable de obtener mi atención médica y ginecológica general a través de otros médicos.

Entiendo que el 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 tomar fotografías, grabar videos y/o hacer 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 al 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 promesas en cuanto a los resultados de mi tratamiento. Entiendo que el equipo del Women & Infants Fertility Center realiza los procedimientos mencionados anteriormente y que es posible que mi médico principal no lleve a cabo dichos procedimientos.

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 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: _____
Paciente

Acuse de recibo de la pareja (según corresponda):

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

Nombre en letra de imprenta: _____
(Pareja)

Acuse de recibo del proveedor:

Confirmo 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):

Confirmo 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)

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 #: _____

Para el acuse de recibo de la pareja (si no ha firmado en el 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: _____