



**AUTHORIZATION FOR THE USE OF  
FROZEN SPERM - PARTNER**

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

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE ESPERMA CONGELADO - PAREJA**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo el uso de la muestra de mi espermatozoides congelado  
(Nombre de la pareja en letra de imprenta)  
para fertilizar ovocitos (óvulos) en el laboratorio del Women & Infants Fertility Center (WIFC) con la  
finalidad de tener un hijo con \_\_\_\_\_.  
(Nombre de la paciente en letra de imprenta)

Entiendo que esta autorización es válida para el ciclo de tratamiento actual en el WIFC. Si se intenta la  
fecundación en otros ciclos, deberé firmar otra autorización.

Entiendo que también es necesaria una autorización para el almacenamiento y uso de espermatozoides congelado  
para el laboratorio de andrología.

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

Con la esperanza de ayudar a otros, dono para fines de enseñanza o investigación las muestras obtenidas  
durante mi tratamiento médico que de lo contrario se desecharían sistemáticamente. Comprendo que  
aceptar esta donación no implica ningún riesgo adicional. También entiendo que puedo rehusarme y el  
tratamiento brindado no se verá afectado.

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

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.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas se han respondido de forma satisfactoria.

Firma de la pareja: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Nombre en  
letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Nombre en  
letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

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 la firma 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: \_\_\_\_\_