



CONSENT FOR ASSISTED HATCHING

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 #: _____

CONSENTIMIENTO PARA INCUBACIÓN ASISTIDA

Yo, _____, y _____
(Nombre de la paciente en letra de imprenta) (Nombre de la pareja en letra de imprenta, según corresponda)

otorgamos nuestro consentimiento al personal de embriología en el Women and Infants Fertility Center (WIFC) para llevar a cabo la incubación asistida de mis embriones si el personal de embriología determina que el procedimiento mejorará las probabilidades de un embarazo.

Entiendo que el personal de embriología examinará la zona pelúcida (la capa externa en forma de caparazón que rodea al embrión) y la apariencia general de cada embrión a fin de determinar si la incubación asistida puede indicarse para los embriones seleccionados para transferencia.

Comprendo que el proceso natural de la incubación de embriones implica que el embrión descame su zona pelúcida para que pueda implantarse en el revestimiento del útero. Al realizar la incubación asistida de embriones, el personal de embriología usa un láser para debilitar la zona pelúcida a fin de ayudar al embrión a descamar esta capa.

Los riesgos del procedimiento de incubación asistida se han discutido conmigo y los comprendo. Entiendo que pueden surgir complicaciones como resultado de la incubación asistida. Estas complicaciones pueden incluir, por ejemplo:

- Daño a los embriones. Entiendo que cualquier embrión dañado como resultado de la incubación asistida no se transferirá para intentar producir un embarazo.
- Múltiples gestaciones (más de un bebé). La investigación ha revelado un aumento de gemelos idénticos al usar este procedimiento.

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 esos procedimientos que mi médico considera necesarios.

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 este tratamiento.

Reconozco y acepto que soy responsable de todos los costos y honorarios asociados con la incubación asistida.

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.

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 #: _____

Hora: _____ a. m./p. m. Fecha: _____ Firma: _____
Paciente

Hora: _____ a. m./p. m. Fecha: _____ Firma: _____
Pareja, según corresponda

Acuse de recibo del proveedor:

Confirmando que la paciente (y pareja, según corresponda) 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 (y pareja, según corresponda) ha brindado su consentimiento según lo descrito anteriormente.

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

Nombre en letra de imprenta: _____
(Intérprete)

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: _____