



**CONSENT FOR INTRACYTOPLASMIC
SPERM INJECTION (ICSI)**

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 LA INYECCIÓN INTRACITOPLASMÁTICA DE
ESPERMATOZOIDES (ICSI)**

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 & Infants Fertility Center (WIFC) para llevar a cabo la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). Entiendo que la ICSI es un procedimiento donde un único espermatozoide se coloca directamente en el ovocito (óvulo) mediante el uso de una aguja microscópica con el objetivo de aumentar la probabilidad de fecundación. El médico o personal de embriología toma la decisión clínica de proceder con la ICSI en función de la calidad de los espermatozoides y/u óvulos y/o la cantidad disponible.

Entiendo que la ICSI puede realizarse en el caso de cualquiera de los siguientes eventos según lo considere necesario el equipo del WIFC a fin de mejorar las probabilidades de lograr un embarazo:

- bajo conteo de espermatozoides
- baja movilidad de los espermatozoides (velocidad)
- forma/tamaño de espermatozoides deficiente
- uso de esperma congelado
- uso de esperma de donantes
- uso de esperma extraído quirúrgicamente
- historial previo de fecundación no óptima en un ciclo de FIV anterior
- baja producción de óvulos
- uso de óvulos de donantes
- uso de óvulos crioconservados (congelados).

Puede haber otras indicaciones donde la ICSI se justifique, incluidas las pruebas genéticas de preimplantación.

Los riesgos y beneficios de la ICSI se han discutido conmigo y los comprendo. Entiendo que pueden surgir complicaciones como resultado de la ICSI. Las complicaciones incluyen, por ejemplo:

- Fracaso de la fecundación: entiendo que no hay garantías de que se produzca una fecundación. Si la fecundación falla, entiendo que no se producirá un embarazo en este ciclo.
- Defectos de nacimiento e ICSI: mi médico me ha explicado que algunas publicaciones sugieren que puede haber un mayor riesgo de defectos de nacimiento en los niños concebidos mediante ICSI en comparación con aquellos concebidos con la FIV tradicional (o de manera natural). También es posible que cualquier condición genética existente o problema con los cromosomas de los espermatozoides (como aquellos posiblemente asociados con espermatozoides anormales) se transmita a los niños de sexo masculino nacidos mediante ICSI.
- Daño a los óvulos

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 #: _____

Entiendo que la ICSI, así como las tecnologías de reproducción asistida, pueden aumentar las probabilidades de múltiples gestaciones (más de un bebé), incluidos los embarazos de gemelos idénticos o mellizos no idénticos.

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 ICSI.

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

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 ha brindado su consentimiento según lo descrito anteriormente (y pareja, según corresponda)

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 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: _____