



**CONSENT FOR OOCYTE (EGG)  
RETRIEVAL AND CRYOPRESERVATION**

**CONSENTIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE OVOCITOS (ÓVULOS) Y CRIOCONSERVACIÓN**

Yo \_\_\_\_\_ (o \_\_\_\_\_  
(Nombre de la paciente en letra de imprenta) (Nombre del tutor legal en letra de imprenta)  
para \_\_\_\_\_), estoy ingresando en un programa de tratamiento  
(Nombre de la paciente en letra de imprenta)  
con el Women & Infants Fertility Center (WIFC) para obtener y crioconservar (congelar) mis ovocitos  
(óvulos) con el objetivo de usarlos para intentar producir un embarazo en el futuro.

Entiendo que este proceso tiene varios pasos, que se describen más detalladamente a continuación:

**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 autoadministrarse 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 grave 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 de tiempo 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).

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

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.

### **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 el 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 orientación mediante ecografía, es posible que los órganos o las estructuras dentro del abdomen se dañen. Las lesiones en los órganos internos o estructuras pueden generar una necesidad de tratamiento adicional, por ejemplo, admisión al hospital, transfusión de sangre o cirugía.

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 el 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.

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

### **Crioconservación (congelamiento) de óvulos**

Entiendo que una vez que el Equipo de embriología haya identificado óvulos viables, dichos óvulos se crioconservarán (congelarán) mediante un proceso llamado vitrificación (congelamiento ultrarrápido). Los óvulos congelados se almacenan en el laboratorio de embriología del WIFC.

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

- Daño a los óvulos: Los óvulos pueden dañarse durante el proceso de congelamiento o durante el período de almacenamiento. Si un óvulo se daña, no sobrevivirá con éxito a la descongelación y no se utilizará para intentar producir un embarazo.
- Pérdida de óvulos: Los óvulos pueden perderse durante el cultivo, el congelamiento o el período de almacenamiento.

Reconozco que los óvulos pueden dañarse como resultado de una falla (funcionamiento defectuoso) en los equipos usados en el laboratorio de embriología y este daño está fuera del control del WIFC.

Entiendo que soy responsable de los costos y honorarios de la crioconservación y el almacenamiento de óvulos.

### **Uso de ovocitos**

Cuando esté lista para intentar producir un embarazo, algunos de mis óvulos crioconservados se descongelarán. Entiendo que no hay garantías de que ninguno de mis óvulos sobrevivan al proceso de congelación o descongelación, ni que se fertilicen o produzcan un bebé. Mi médico ha hablado conmigo sobre los índices de éxito actuales de estos procedimientos.

Entiendo que los óvulos se fertilizarán con una muestra del esperma de mi pareja o el esperma de un donante de mi elección.

Reconozco que posiblemente reciba medicamentos hormonales para madurar el revestimiento de mi útero a fin de prepararme para la transferencia del embrión (óvulo fertilizado por un espermatozoide). Me someteré a pruebas de sangre y exámenes de ecografías transvaginales con el objetivo de determinar mi respuesta a los medicamentos hormonales y el tiempo adecuado para realizar la descongelación del óvulo, la fertilización y la transferencia del embrión.

Soy consciente de que el proceso de fertilización puede crear más embriones de los que se transfieren en un ciclo. En algunos casos, la calidad de los embriones puede permitir su congelación para su uso en un ciclo futuro.

Entiendo que los procedimientos de descongelación, fertilización y transferencia de embriones descritos anteriormente son los estándares de práctica actuales y que el WIFC no puede garantizar cuáles serán los estándares de práctica cuando elija usar mis óvulos congelados.

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 descongelación y fertilización de óvulos previamente congelados y la transferencia de embriones exigirá que el equipo del WIFC y yo tengamos conversaciones adicionales y que yo firme documentos de consentimiento adicionales.

### **Eliminación de ovocitos**

Entiendo que el WIFC no fertilizará mis óvulos congelados luego de que alcance cierta edad. Si no uso mis óvulos congelados (mediante su transferencia a mi cuerpo o en una sustituta gestacional), las alternativas actuales incluyen lo siguiente:

- Desechar los óvulos congelados
- Donar los óvulos congelados para estudios de investigación aprobados
- Donar los óvulos congelados a otra persona (sujeto a varios requisitos federales o estatales)
- Transferir los óvulos congelados a un establecimiento de almacenamiento designado a expensas mías.

Reconozco que la disponibilidad de las opciones identificadas anteriormente puede cambiar con el tiempo.

### **Material desechado**

Con la esperanza de ayudar a otros, dono para fines de enseñanza o investigación cualquier material biológico no utilizado que de lo contrario se desecharía sistemáticamente. Entiendo que no se generarán embriones o embarazos con 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 que el tratamiento brindado 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 los riesgos y beneficios de estas opciones alternativas, incluidos los procedimientos que el WIFC no realiza y otras opciones no médicas como la adopción o no llevar a cabo el tratamiento, y las comprendo.

Entiendo que las evaluaciones, incluidas las pruebas de VIH y hepatitis, se realizan como parte rutinaria del proceso de FIV. Es posible que también deban llevarse a cabo otros estudios indicados por mis 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

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

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 la obtención de óvulos o procedimientos relacionados bajo la supervisión directa de profesionales autorizados de programas de enseñanza acreditados.

Doy mi consentimiento para tomar fotografías, grabar videos o hacer ilustraciones de mis procedimientos, óvulos, etc. y otros problemas médicos para fines educativos, científicos o de diagnóstico, siempre y cuando no se revele mi identidad.

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.

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 o tutor

Relación: \_\_\_\_\_

**Acuse de recibo del proveedor:**

Confirmo que la paciente (o el tutor legal) ha brindado su consentimiento según lo descrito anteriormente.

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

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

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

**Acuse de recibo del intérprete (según corresponda):**

Confirmo que la paciente (o el tutor legal) ha brindado su consentimiento según lo descrito anteriormente.

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

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