



**CONSENT FOR IN VITRO FERTILIZATION  
USING A GESTATIONAL CARRIER  
(PATIENT/INTENDED PARENTS)**

MR-838S (9-2017)

***CONSENTIMIENTO PARA FECUNDACIÓN IN VITRO USANDO  
UNA SUSTITUTA GESTACIONAL (PACIENTE/FUTUROS PADRES)***

1. Yo, \_\_\_\_\_, y \_\_\_\_\_  
(Nombre de la paciente en letra de imprenta) (Nombre de la pareja en letra de imprenta, según corresponda)  
denominados colectivamente los "Futuros padres" damos nuestro consentimiento a los médicos y al personal de Women & Infants Fertility Center (WIFC) para que realicen una fecundación in vitro (FIV) usando una sustituta gestacional con la finalidad de lograr un embarazo.

2. Entiendo que, después de la FIV, los embriones resultantes se transferirán al útero de \_\_\_\_\_, a quien he elegido para que geste a mis hijos.  
(Nombre de la Sustituta gestacional en letra de imprenta)

3. Entiendo que puedo tener conflicto de intereses con mi pareja (según corresponda) y con la Sustituta gestacional. Entiendo que WIFC exige que todas las partes busquen un asesor legal independiente y celebren un acuerdo por escrito antes de que comience el proceso de FIV para abordar todas las áreas de acuerdo, inquietud y conflicto que puedan surgir, incluidas, sin limitaciones, las medidas que deberán tomarse en caso de embarazo múltiple de mellizos o más, y los derechos legales de los embriones y/o niños resultantes.

4. Definiciones

- a. **Sustituta gestacional:** la persona que gesta el hijo de los Futuros padres y no tiene ningún vínculo genético con el niño en desarrollo. Después de que se realiza la FIV, los embriones resultantes se transfieren al útero de la Sustituta gestacional.
- b. **Embrión:** un óvulo fecundado por un espermatozoide.
- c. **Crioconservación:** proceso de conservación a través de la congelación.
- d. **Fecundación in vitro (FIV):** 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.
- e. **Transferencia de embriones:** colocación de embriones en el útero.

PARTE I - PACIENTE

5. Proceso de fecundación in vitro (FIV)

Un ciclo de FIV con una Sustituta gestacional normalmente incluye los siguientes pasos o procedimientos:

- A) Medicamentos para generar el crecimiento de múltiples óvulos
- B) Obtención de óvulos de los ovarios
- C) Inseminación de óvulos con espermatozoides
- D) Cultivo y crioconservación (congelamiento) de cualquier óvulo fecundado resultante (embriones)
- E) Colocación ("transferencia") de uno o más embriones en el útero de la Sustituta gestacional
- F) Tratamiento de revestimiento del útero de la Sustituta gestacional con hormonas para permitir y mantener el embarazo.

Estos pasos 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 administrarse 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 graves 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 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).

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 usarán para transferencia de embriones 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 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 guía con ecografía, es posible que los órganos o las estructuras dentro del abdomen se dañen. Las lesiones en los órganos o estructuras internos 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. Si no se obtiene ningún óvulo, comprendo que no quedaré embarazada durante este ciclo.

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 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.

### **Fecundación de los óvulos con espermatozoides**

Entiendo que tras la obtención exitosa de los óvulos, el personal de embriología evaluará y preparará dichos óvulos para el proceso de fecundación. La fecundación se logra a través de la inseminación (colocación del espermatozoide alrededor del óvulo) o la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI, inyección de un solo espermatozoide en el óvulo).

- Si se utiliza esperma congelado, se exigen consentimientos adicionales.
- También es necesaria una autorización para el almacenamiento y uso de esperma congelado para el laboratorio.

Soy consciente de que mi médico o el personal de embriología toman la decisión de proceder con inseminación o ICSI. Esta decisión se basa en la calidad de los espermatozoides y/u óvulos, y/o la cantidad disponible para fecundación. La ICSI solo se realiza después de que se firma el formulario de consentimiento adicional.

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

**6. 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. Entiendo también que puedo rehusarme a donar este material y el tratamiento proporcionado no se verá afectado.

Mis limitaciones son las siguientes:

\_\_\_\_\_

**7. 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 no se realizan aquí y otras opciones no médicas como la adopción o no llevar a cabo el tratamiento, y las comprendo.

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

Entiendo que 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.

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

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, graben videos y/o hagan ilustraciones de procedimientos, óvulos, espermatozoides, embriones, etc. y otros problemas médicos para fines educativos, científicos o de diagnóstico, siempre y cuando no se revele mi identidad.

Acepto notificar a 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 ha hecho promesas en cuanto a los resultados de mi tratamiento. Entiendo que el equipo de Women & Infants Fertility Center realiza los procedimientos mencionados anteriormente y que es posible que mi médico principal no lleve a cabo dichos procedimientos.

## PARTE II: FUTUROS PADRES

### 8. Preparación uterina

Entiendo que se usan medicamentos para coordinar el ciclo de la Sustituta gestacional con la disponibilidad de embriones. Si se produce el embarazo, la Sustituta gestacional continúa tomando estos medicamentos durante un período.

### 9. Transferencia de embriones

Durante la transferencia de embriones, los embriones se colocan en el útero de la Sustituta gestacional. 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 aumenta el riesgo de múltiples gestaciones (más de un bebé) y que la gravedad del 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. El equipo de WIFC 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 y almacenarse para una posible transferencia en un ciclo posterior.

La transferencia de embriones no se realiza si no hay embriones aptos. Esto ocurre cuando no se obtiene ningún óvulo, los óvulos no se fertilizan o los embriones no se están desarrollando normalmente. Si la transferencia de embriones no se lleva a cabo, entiendo que la Sustituta gestacional no quedará embarazada en este ciclo.

## 10. Manejo posterior a la transferencia

Reconozco que no hay garantías de que se produzca un embarazo como resultado del tratamiento. Mi médico ha hablado conmigo sobre las posibilidades de un resultado exitoso.

Entiendo que los embarazos como resultado de la FIV 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

Reconozco que el equipo de FIV no puede garantizar la salud mental ni física de ningún bebé como resultado de estos procedimientos.

## 11. Proceso de evaluación

Los óvulos y/o espermatozoides usados en el proceso de FIV se obtienen de los Futuros padres y/o de donantes. Si se usan óvulos y/o espermatozoides de donante, deberé firmar formularios de consentimiento adicionales.

Soy consciente de que WIFC sigue un proceso de evaluación antes de la transferencia de tejido reproductivo de una paciente a otra. Me realizaré una evaluación y detección completa de enfermedades infecciosas, que incluye pruebas de detección de VIH, hepatitis y otras pruebas que WIFC considere adecuadas. Es posible que también deban llevarse a cabo otros estudios indicados por antecedentes médicos o antecedentes familiares.

Reconozco que WIFC le realiza pruebas de detección iguales o similares a la Sustituta gestacional.

Entiendo que, para limitar más acabadamente el riesgo de infección, puedo elegir crioconservar los embriones y volver a analizarlos antes de la transferencia.

Soy consciente de que WIFC no ofrece ninguna garantía con respecto a la veracidad de la información proporcionada por la Sustituta gestacional en el proceso de evaluación descrito anteriormente. Entiendo que WIFC no es responsable por la precisión ni la veracidad de la información obtenida de la Sustituta gestacional durante el proceso de evaluación.

Entiendo que WIFC no asume ni puede asumir ninguna responsabilidad ni obligación por las acciones o inacciones de la Sustituta gestacional durante el proceso de evaluación.

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 el 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 el 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: \_\_\_\_\_