



**CONSENT FOR IN VITRO FERTILIZATION
USING A GESTATIONAL CARRIER
(GESTATIONAL CARRIER)**

MR-839S (9-2017)

***CONSENTIMIENTO PARA FECUNDACIÓN IN VITRO USANDO
UNA SUSTITUTA GESTACIONAL (SUSTITUTA GESTACIONAL)***

1. Yo, _____, he sido elegida por:
(nombre de la Sustituta gestacional en letra de imprenta)

_____ y _____
(nombre de la Paciente en letra de imprenta) (nombre de la Pareja de la paciente en letra de imprenta, según corresponda)

denominados colectivamente los “Futuros padres”, para actuar como Sustituta gestacional como parte de un proceso de fecundación in vitro (FIV) que se llevará a cabo en Women & Infants Fertility Center (WIFC).

2. Después de la FIV, los embriones resultantes se transferirán a mi útero con el objetivo de gestar un hijo para los Futuros padres.

3. Entiendo que yo (y mi pareja, según corresponda) puedo tener conflictos de intereses con los Futuros padres. 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 parentales sobre los hijos 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.

5. Preparación uterina

Soy consciente de que se usan medicamentos para coordinar mi ciclo con la disponibilidad de los embriones. Si se produce el embarazo, continuaré tomando estos medicamentos durante un período.

Entiendo que mi médico revisará los riesgos de cada uno de los medicamentos que me recetarán. En general, los riesgos de estos medicamentos incluyen (sin limitación) lo siguiente:

- Osteopenia
- Reacciones alérgicas
- Mayor riesgo de coagulación
- Infección en el lugar de inyección (para el medicamento suministrado por inyección)

6. Transferencia de embriones

Durante la transferencia de embriones, los embriones se colocan en mi útero. La transferencia de embriones normalmente se realiza mediante guía con ecografía, sin anestesia. Si es necesario el uso de anestesia, firmaré un formulario de consentimiento de anestesia por separado el día del procedimiento.

Entiendo que la transferencia de un embrión hacia la cavidad uterina puede causar calambres, malestar y, posiblemente, un poco de sangrado. También existe el riesgo de infección, el cual puede exigir un tratamiento con antibióticos.

Soy consciente de que el resultado de la FIV se correlaciona con la cantidad y calidad de embriones transferidos en el útero. Entiendo que existe un riesgo de múltiples gestaciones (más de un bebé) luego de una FIV, 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. 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 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 no quedaré embarazada en ese ciclo.

7. Manejo posterior a la transferencia

En un intento por aumentar las probabilidades de una implantación exitosa, el manejo posterior a la transferencia incluye terapia hormonal (por ejemplo, progesterona y estrógeno) ya sea por administración oral, inyección intramuscular, que puede causar hematomas o malestar en el lugar de inyección, o supositorios vaginales. Mi médico ha revisado los riesgos y efectos secundarios de este medicamento. Tomaré este medicamento hasta que una prueba de embarazo en sangre sea negativa o se confirme el embarazo mediante ecografía.

Entiendo que no hay garantías de que se produzca un embarazo como resultado del tratamiento. Mi médico me ha explicado la posibilidad de un resultado exitoso durante un tratamiento de FIV.

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 WIFC no puede garantizar la salud física ni mental de ningún bebé como resultado de este procedimiento.

8. Proceso de evaluación

Entiendo que los óvulos y/o espermatozoides usados en el procedimiento de FIV se obtienen de los Futuros padres y/o de donantes.

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 les realiza pruebas de detección iguales o similares a los Futuros padres.

Entiendo que, para limitar más acabadamente el riesgo de infección, los Futuros padres pueden elegir crioconservar los embriones y volver a analizarlos antes de la transferencia. Entiendo que si los embriones que se transfieren a mi útero no se congelan y ponen en cuarentena durante seis meses antes, asumo el bajo riesgo de contraer VIH y otras enfermedades infecciosas. Entiendo que ningún ovocito (óvulo) ni espermatozoide en fresco usado para fecundar los óvulos se congela y pone en cuarentena antes de la FIV. Si se usan espermatozoides de donante, se los pone en cuarentena, pero los óvulos no se ponen en cuarentena antes de la FIV.

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

Reconozco que WIFC no asume ni puede asumir ninguna responsabilidad ni obligación por las acciones o inacciones de los Futuros padres durante el proceso de evaluación.

9. 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.

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 #: _____

Se me han 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 no llevar a cabo el tratamiento, y las comprendo.

Entiendo que, en caso de que haya sangrado como consecuencia de la transferencia, es posible que necesite una transfusión de sangre. 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.

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 realizará los controles y la transferencia de embriones, 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: _____
Sustituta gestacional

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 de la pareja de la sustituta gestacional (según corresponda):

Hora: _____ a. m./p. m. Fecha: _____ Firma: _____
Pareja de la sustituta gestacional

Nombre en letra de imprenta: _____
Pareja de la sustituta gestacional

Acuse de recibo del proveedor:

Confirmando que la paciente 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.

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

Nombre en letra de imprenta: _____
(Intérprete)

Para el acuse de recibo de la pareja de la sustituta gestacional (si no ha firmado en 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: _____