



**CONSENT FOR FRESH DONOR  
OOCYTE-RECIPIENT  
(RECIPROCAL IVF)**

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

MR-837S (9-2017)

***CONSENTIMIENTO PARA OVOCITOS DE DONANTE EN FRESCO - RECEPTORA  
(FIV recíproca)***

Yo, \_\_\_\_\_, he decidido someterme a una fecundación in vitro (FIV)  
(Nombre de la Receptora en letra de imprenta)  
en Women and Infants Fertility Center (WIFC) con el uso de óvulos donados por mi pareja  
\_\_\_\_\_ (la "Pareja").  
(Nombre de la Pareja donante en letra de imprenta)

La FIV es un 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. Creo que el uso de óvulos donados por mi Pareja ("óvulos de donante") ofrece la mejor opción para intentar lograr un embarazo, y habiendo entendido las otras opciones y alternativas disponibles, doy mi consentimiento para que se proceda a usar óvulos donados por mi Pareja en combinación con FIV para lograr un embarazo.

**Preparación uterina**

Mi médico me ha explicado que hay un límite de tiempo específico dentro del ciclo menstrual durante el cual puede implantarse un embrión (un óvulo fecundado por un espermatozoide). El primer paso en este proceso consiste en sincronizar mi útero con el ciclo de estimulación de mi Pareja para que mi útero esté preparado para la transferencia de embriones. Entonces, se usan hormonas para desarrollar y estabilizar el revestimiento del útero (la parte de mi útero donde se implanta el embrión). Mi médico determinará el mejor protocolo para la preparación uterina en función de diferentes factores, que incluyen mi edad y estado menstrual (es decir, premenopausia, menopausia, etc.).

La preparación del útero ocurre en cuatro fases:

- Fase premenstrual: se usan medicamentos para inhibir mi ciclo menstrual y sincronizarme con mi Pareja.
- Fase 1 - Fase de desarrollo: recibiré un medicamento, como el estrógeno, para engrosar el revestimiento del útero. Después de recibir este medicamento durante varios días, se realiza una ecografía para asegurarse de que el grosor sea adecuado.
- Fase 2 - Estabilización del endometrio - comienzo a tomar progesterona en un momento determinado por mi médico antes de la transferencia de embriones para preparar el revestimiento del útero. Entiendo que comenzaré a tomar la progesterona en un día específico determinado por mi médico. Acepto que no tomaré progesterona hasta que mi médico o enfermera me lo indiquen.
- Fase posterior a la transferencia: la progesterona es necesaria para mantener el embarazo incluso después de la implantación. Continuaré tomando estrógeno y progesterona después de la transferencia de embriones y acepto no interrumpir su uso hasta que mi médico o enfermera me lo indiquen específicamente.

Riesgos de la terapia hormonal:

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:

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

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

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

Entiendo que tras la obtención exitosa de los óvulos de mi Pareja, 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 espermatozoide congelado, se exigen consentimientos adicionales.
- También es necesaria una autorización para el almacenamiento y uso de espermatozoide 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. Si se indica ICSI, firmaré un formulario de consentimiento por separado.

### **Transferencia de embriones**

Durante la transferencia de embriones, estos 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 la transferencia de más de un embrión me expone a un riesgo de múltiples gestaciones (más de un bebé) y que la gravedad de este 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. Mi médico 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 o almacenarse para una posible

transferencia en un ciclo posterior.

La transferencia de embriones no se realiza cuando no hay embriones aptos. Esto ocurre cuando no se obtiene ningún óvulo de mi Pareja, los óvulos no se fertilizan o los embriones no se desarrollan normalmente. Si la transferencia de embriones no se lleva a cabo, entiendo que no quedaré embarazada en ese ciclo.

### **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) ya sea por 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 mi médico o enfermera me indiquen lo contrario.

Entiendo 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 WIFC no puede garantizar la salud de ningún bebé como resultado de este procedimiento.

### **Material desechado (Receptora 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:

### **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.

Se me han explicado las opciones alternativas a la FIV 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 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 antecedentes médicos o antecedentes familiares.

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 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 mis procedimientos, óvulos, 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.

### **Uso de óvulos de 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 #: \_\_\_\_\_

Entiendo que WIFC sigue un proceso de evaluación antes de la transferencia de tejido reproductivo de una paciente a otra. Entiendo que mi Pareja debe completar un perfil en el que detalle sus antecedentes personales, médicos y familiares según su leal saber y entender. Mi Pareja se someterá a una evaluación, que incluye pruebas de sangre, para la detección del VIH y otras enfermedades infecciosas, una consulta psicológica, un examen físico y de antecedentes, y cualquier otra prueba que los médicos del WIFC consideren adecuada.

Soy consciente de que aún es posible que los niños nacidos como resultado del uso de óvulos de mi Pareja presenten anomalías mentales o físicas o puedan tener tendencias, características o afecciones hereditarias no deseadas, y reconozco que WIFC no tiene manera de asegurar ni garantizar que dichos niños no presentarán infecciones, enfermedades o afecciones hereditarias, de transmisión sexual o de otro tipo, ni que no tendré infecciones, enfermedades o afecciones de transmisión sexual como resultado de los procedimientos.

Entiendo que puede haber complicaciones que eviten que se produzca un embarazo durante este ciclo, incluidas, sin limitación, las siguientes:

- Incapacidad para obtener óvulos de mi Pareja
- Pérdida o daño accidental de los embriones obtenidos
- Mi Pareja no puede donar por motivos personales o no está dispuesta a hacerlo

Reconozco mi obligación ante los niños nacidos como resultado de este acto para lograr un embarazo usando los óvulos de mi Pareja, y acepto cuidar, apoyar, financieramente y de otro modo, y tratar a cualquiera de los niños nacidos como resultado de estos procedimientos, en todos los aspectos, como si fueran mis hijos concebidos naturalmente.

Entiendo que WIFC no ofrece ninguna garantía, expresa ni implícita, con respecto a la naturaleza de la relación legal de los embriones creados ni de los niños nacidos como resultado del uso de óvulos de donantes. Entiendo que debo consultar a un asesor legal al respecto.

Reconozco que me han explicado este formulario y entiendo su contenido. Entiendo que este consentimiento es válido por un (1) año a partir de la fecha de su firma y que completaré un formulario de consentimiento específico con cada ciclo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas se han respondido de forma satisfactoria.

Hora: \_\_\_\_\_ a. m./p. m. Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Receptora

**Acuse de recibo del proveedor:**

Confirmando que la Receptora ha brindado su consentimiento según lo descrito anteriormente.

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

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