



**CONSENT FOR THE USE OF  
ANONYMOUS DONOR SPERM (ADS)**

**CONSENTIMIENTO DEL USO DE ESPERMA DE DONANTES ANÓNIMOS (ADS)**

Yo, \_\_\_\_\_, y \_\_\_\_\_  
(Nombre completo de la paciente en letra de imprenta) (Nombre completo de la pareja en letra de imprenta, según corresponda)

estamos recibiendo un tratamiento en el Women & Infants Fertility Center (WIFC) con la finalidad de lograr un embarazo.

He considerado las opciones disponibles para lograr la paternidad, incluidos los procedimientos que no se realizan en el WIFC y otras opciones no médicas, como la adopción o no llevar a cabo el tratamiento, y elijo buscar un embarazo mediante el uso del esperma de un donante anónimo:

Banco de donantes: \_\_\_\_\_

Número del donante: \_\_\_\_\_

Entiendo que no hay garantías de que se produzca un embarazo como resultado del uso de esperma de donante.

Entiendo que existen posibles riesgos asociados con el uso de esperma de donantes, incluida la posibilidad de introducción de una infección en la persona inseminada.

Comprendo que este procedimiento implica la compra de esperma de un banco de donantes de esperma y el uso de ese esperma para mi tratamiento.

Entiendo que las muestras de esperma de donantes anónimos deben congelarse en un banco de esperma fuera del WIFC, con autorización de la Asociación Estadounidense de Bancos de Tejidos (AATB, American Association of Tissue Banks) y registro en la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, Food and Drug Administration). Entiendo que el WIFC no usará esperma de donantes si la muestra no cumple con estos requisitos.

Entiendo que las muestras de esperma de donante deben entregarse al laboratorio de andrología del WIFC antes del ciclo de tratamiento.

Entiendo que pueden producirse los mismos tipos de complicaciones en el embarazo o parto con uso de esperma de donantes anónimos que aquellas que surgen en un embarazo logrado mediante relaciones sexuales o tratamiento de fertilidad con esperma de la pareja. También es posible que los niños engendrados nazcan con anomalías, rasgos anormales, discapacidades o predisposición genética de cualquiera de los dos padres biológicos, al igual que un niño concebido mediante relaciones sexuales.

Acepto y reconozco mi obligación ante los niños nacidos a partir del uso de esperma de donantes y acepto cuidar, apoyar y tratar a cualquiera de los niños nacidos como resultado de este procedimiento, en todos los aspectos, como si fueran mis hijos concebidos naturalmente.

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 las regulaciones federales y los requisitos de presentación de informes obligan al WIFC a proporcionar a los Centros para el Control de Enfermedades información específica de los ciclos con respecto al ciclo de tratamiento y resultado del embarazo. Sin embargo, entiendo que todos los identificadores personales asociados con este tratamiento se protegerán en virtud de la Ley de Privacidad. Mi información de identificación obtenida durante este proceso seguirá siendo de carácter confidencial y no se divulgará, excepto a empleados autorizados del Departamento de Salud del Estado de Rhode Island (Rhode Island State Department of Health) u otros organismos gubernamentales con mi permiso.

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 (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)