



**WOMEN & INFANTS HOSPITAL**  
Providence, RI 02905  
**CONSENT FOR TRANSFER OF  
EMBRYOS FROM THAWED DONOR  
OOCYTES**

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-840S (9-2017)

**CONSENTIMIENTO PARA LA TRANSFERENCIA DE EMBRIONES PROVENIENTES DE  
OVOCITOS DE DONANTE DESCONGELADOS**

Yo, \_\_\_\_\_, y \_\_\_\_\_ otorgamos  
(Nombre completo de la Paciente en letra de imprenta) (Nombre de la Pareja en letra de imprenta, según corresponda)  
nuestro consentimiento a los médicos y al personal de Women & Infants Fertility Center (WIFC) para  
realizar fecundaciones in vitro (FIV) con el uso de ovocitos (óvulos) de donante descongelados con el  
propósito de intentar un embarazo.

**PARTE I - PACIENTE**

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. Entiendo que hay  
varios pasos en el proceso de FIV con óvulos de donante descongelados, como se describe a  
continuación.

**Momento de descongelación de ovocitos y preparación uterina**

Entiendo que mientras se realiza la preparación para la creación y transferencia de embriones (óvulos  
fertilizados por un espermatozoide) a partir de óvulos de donante descongelados, los médicos y el  
personal del WIFC ("equipo de FIV") me realizarán controles exhaustivos. Los óvulos pueden  
descongelarse en los siguientes momentos:

- 1) durante un ciclo natural, donde el momento de ovulación se determina a través de un  
estrecho seguimiento realizado mediante pruebas de sangre, así como exámenes por  
ultrasonido; o
- 2) durante un ciclo "programado", donde se toman hormonas similares producidas por el  
cuerpo (incluido, sin limitación, el estrógeno y la progesterona) a fin de preparar el  
útero para la transferencia de embriones.

El monitoreo uterino incluye la realización frecuente de ecografías y/o la extracción diaria de sangre, la  
cual conlleva el riesgo de malestar leve y hematomas en el lugar de punción. Entiendo que se realizarán  
ecografías transvaginales del revestimiento uterino según sea necesario y que dicho procedimiento  
posiblemente provoque molestias leves.

Soy consciente de que mi médico revisará los riesgos de cada uno de los medicamentos que me recetan.  
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 los medicamentos suministrados por inyección)

Reconozco que posiblemente ninguno de los óvulos de donante sobreviva al proceso de congelación o  
descongelación y si esto ocurre, no se crearán embriones para transferir y no habrá posibilidades de que  
se produzca un embarazo en este ciclo.

**Fecundación de los óvulos con espermatozoides**

En el día de descongelación de los óvulos, el espermatozoide designado se usará para intentar fertilizar los

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

óvulos mediante la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). La ICSI es un procedimiento que implica la inyección directa de un solo espermatozoide en cada óvulo. Entiendo que debo firmar un formulario de consentimiento separado para la ICSI.

- 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 de andrología.

### **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 embriones 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. 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 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 de la persona que proporciona los óvulos al momento de congelación y la calidad de los embriones. Mi médico me ha explicado que el propósito de esta política es optimizar la probabilidad de embarazo y simultáneamente reducir la tasa de gestaciones múltiples. Entiendo que cualquier embrión viable restante puede congelarse para una posible transferencia en un ciclo posterior. Entiendo que el almacenamiento de embriones congelados exige la firma de formularios adicionales.

La transferencia de embriones no se realiza si no hay embriones aptos para transferir. Esto ocurre cuando 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 este 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 la posibilidad de un resultado exitoso.

Entiendo que los embarazos como resultado de la FIV usando óvulos de donante descongelados 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

Entiendo que, dado que la cantidad total de bebés que nacen de óvulos congelados es reducida, el riesgo absoluto del procedimiento de crioconservación de óvulos se desconoce en la actualidad, por lo que se recomienda un control riguroso del embarazo y de los niños nacidos a partir de óvulos previamente congelados. Se recomienda la toma de muestras de velloosidad coriónica (CVS), para obtener una muestra de la placenta en crecimiento, o la amniocentesis (donde se inserta una aguja a través del estómago hacia el saco amniótico y se extrae líquido de muestra) con el objetivo de confirmar que el embarazo sea cromosómicamente normal.

Entiendo que el equipo de FIV no puede garantizar la salud de ningún bebé como resultado de este procedimiento.

**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 desearía 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.

El equipo de FIV me ha explicado las opciones alternativas y sus riesgos y beneficios, incluidos los procedimientos que el WIFC no realiza y otras opciones no médicas, como la adopción o no llevar a

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

cabo el tratamiento, y los comprendo.

Entiendo que las evaluaciones, incluidas las pruebas de VIH y hepatitis, se realizarán como parte rutinaria de este proceso. 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 estos procedimientos. 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.

## PARTE II - PACIENTE Y PAREJA (SEGÚN CORRESPONDA)

### **Uso de óvulos de donante descongelados**

Entiendo que pueden existir otros procedimientos alternativos, incluido un ciclo de fecundación in vitro (FIV) en fresco, para lograr un embarazo y que he elegido lograr el embarazo usando óvulos de donante descongelados.

Entiendo que la cantidad de óvulos de donante disponibles para descongelación puede no ser la misma cantidad de embriones viables creados y disponibles para transferencia.

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

Reconozco que el personal de embriología puede descongelar más óvulos de donante de los que, en última instancia, deseo transferir. Entiendo que la cantidad de óvulos descongelados se basa en el esfuerzo del personal de WIFC para obtener la cantidad de embriones que espero que se transfieran, y entiendo que pueden sobrevivir al proceso de descongelación más óvulos de los que se planea transferir. Si sucede esto, analizaré mis opciones con el equipo de FIV.

Entiendo que WIFC obtiene óvulos de una donante (la “Donante”) con mi conformidad. Entiendo, reconozco y acepto que, aunque WIFC usará óvulos de donante en los procedimientos de FIV, WIFC no garantiza, asegura ni da ningún otro tipo de certeza con respecto a la calidad de los óvulos aparte del hecho de que la fuente de los óvulos sea la Donante.

Reconozco que WIFC no lleva a cabo ninguna investigación ni verificación independiente de la información proporcionada por la Donante en el perfil de la Donante y no asegura ni garantiza su veracidad, integridad o exactitud.

Soy consciente de que WIFC realiza determinadas pruebas de detección de infecciones y análisis de laboratorios previos a la concepción en la Donante seleccionada, así como una evaluación psicológica y un examen físico, y estos resultados están a mi disposición.

Entiendo que WIFC exige una evaluación y detección completa de enfermedades infecciosas, que incluye pruebas de detección de VIH, hepatitis y otras pruebas que WIFC considere adecuadas, una consulta psicológica y una preparación de espermatozoides de ensayo. Es posible que también deban llevarse a cabo otros estudios indicados por antecedentes médicos o antecedentes familiares.

Soy consciente de que, independientemente de la información disponible sobre la Donante, es posible que los niños nacidos como resultado del uso de óvulos de una Donante 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 la Receptora no tendrá infecciones, enfermedades o afecciones de transmisión sexual como resultado de los procedimientos.

Reconozco mi obligación ante los niños nacidos como resultado de estos actos para lograr un embarazo, 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.

Soy consciente de que los niños presentes o futuros nacidos como resultado de estos procedimientos pueden estar relacionados (genéticamente, biológicamente o en ambos aspectos) con los hijos presentes o futuros de la Donante, y que mis hijos deben someterse a pruebas de sangre y otras pruebas genéticas que correspondan para determinar una posible relación genética con una pareja antes de establecer cualquier relación que pueda producir un niño. Entiendo que mis hijos deben divulgar a cualquier pareja la posibilidad de relación genética y la importancia de que la pareja se someta a pruebas de sangre y a otras pruebas genéticas que correspondan. Entiendo que WIFC no tiene ninguna obligación ni deber de realizar las presentes divulgaciones a ninguna persona en ningún momento.

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 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 donante descongelados. Entiendo que tengo la opción de 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: \_\_\_\_\_  
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)