

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CRIOPRESERVACIÓN DE GAMETOS:  
OVOCITOS Y SEMEN

**PROGRAMA DE CRIOPRESERVACIÓN DE GAMETOS:  
OVOCITOS Y SEMEN**

***CONSENTIMIENTO INFORMADO***

Por la presente declaro que he recibido y comprendido información completa y detallada del procedimiento de criopreservación de ovocitos. Han sido aclaradas todas mis dudas y se me han explicado en forma clara los riesgos y beneficios que el mismo conlleva, así como también las opciones posibles. También se me ha informado que la criopreservación de ovocitos no garantiza ni asegura el logro de embriones ni del embarazo.

Autorizo la realización de dicho procedimiento dejando expresa constancia que conservo absoluta libertad para revocar el presente consentimiento en cualquier momento mientras dure la criopreservación de ovocitos. Entiendo que dicha revocación deberá hacerse por escrito.

Sé que la/s muestra/s de ovocitos criopreservada/s permanecerá/n en las instalaciones del Laboratorio Biológico de Fertilidad San Isidro. Un informe del laboratorio detallando el número y las características de la/s muestra/s criopreservada/s acompañará a la presente en cuanto se cuente con esa información. Una copia de ese informe la recibirá el médico que solicita el procedimiento y otra copia la recibirá el paciente.

En caso de mi fallecimiento obligo a las autoridades de Fertilidad San Isidro a destruir la/s muestra/s de ovocitos criopreservada/s dentro de las 72 hs de conocido el hecho por las mismas.

A los fines administrativos se me ha comunicado que el costo de una criopreservación de ovocitos es de trescientos dólares (\$U 300.-) y el mantenimiento \$ 550 por mes o \$3000 por semestre para el almacenamiento de la muestra. Fertilidad San Isidro se reserva el derecho a modificar estos valores según las variables económicas que se registren. La falta de pago del almacenamiento durante un período de 1 año será interpretada como desinterés de mi parte para continuar con el mismo, autorizando a Fertilidad San Isidro a disponer del material dentro de las 72 hs de vencido dicho plazo.

Por último descargo a Fertilidad San Isidro de toda responsabilidad civil y penal, si ésta tuviera lugar, relacionada con los imprevistos y/o accidentes que pudieran ocurrir y que destruyan el material criopreservado.

Para poder dar cumplimiento a lo aquí mencionado me comprometo a informar todo cambio de mi domicilio.

Entiendo que deberé entregar una solicitud de descongelación de la muestra con 72 hs de antelación.



de acreditación internacional, requieren de estudios infectológicos a la fecha del procedimiento: serología para VIH, Hepatitis B y C, CMV y VDRL. Metodológicamente, la criopreservación de gametos es una técnica de laboratorio en la cual se aplican diferentes protocolos de congelamiento celular lento o rápido (también llamado vitrificación). Beneficios Mantener gametos a muy bajas temperaturas conservando su viabilidad o potencialidad de generar embarazos, aumentar la efectividad de tratamientos y preservar la fertilidad. Riesgos Generales No supervivencia de los gametos en el descongelamiento, accidentes mecánicos por falla de materiales, siniestros o catástrofes naturales. En la actualidad, hay muchos niños nacidos luego de la transferencia de embriones producto de gametos congelados y no se ha observado aumento de malformaciones si se lo compara con la población general (4-8%). Se conoce que en el proceso de congelamiento/descongelamiento existe el riesgo de que los gametos no sean viables, existiendo por lo tanto la posibilidad de cancelar el tratamiento. Riesgos personales/personalizados: Debido a las características médicas, psicológicas y sociales de este caso particular, se podría asociar algún riesgo específico agregado, como puede ser:.....

..... Estadísticas de efectividad: Las tasas de sobrevivencia dependen de la calidad previa de la muestra. Información obtenida. • He tenido oportunidad de consultar al equipo profesional interviniente y aclarar las dudas con relación al tratamiento, sus riesgos, beneficios y eventuales complicaciones en relación al procedimiento al que accedo. • He leído y he comprendido la información brindada precedentemente en relación a la técnica a la que me someto. • He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en lenguaje adecuado, claro y sencillo. • He sido informada/o que todos los datos médicos relativos a este procedimiento son confidenciales, incluyendo la historia clínica, estudios complementarios y/o imágenes, conforme lo establecido en el artículo 2 inc. d) de la Ley N° 26.529 sobre Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud modificada por la Ley N° 26.742, Dto. Reglamentario N° 1089/2012 y en los artículos 8 y 10 de la Ley N° 25.326 sobre Protección de Datos Personales , concordantes y modificatorias. • He sido informada/o que puedo obtener, en cualquier momento, copia de mi historia clínica, de conformidad con lo previsto en la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (arts. 12 y conc.) modificada por la Ley N° 26.742, Dto. Reglamentario N° 1089/2012 y la Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales , concordantes y modificatorias. • He sido informada/o y consiento que los datos no identificatorios sobre los resultados del presente tratamiento sean reportados a diferentes registros nacionales e internacionales con fines estadísticos y/o científicos, de conformidad con las leyes que así lo dispongan. 2) ASPECTOS LEGALES. • Objeto de la criopreservación: Se me ha informado debidamente y he comprendido que el propósito de la criopreservación es, principalmente, permitir la utilización de mis gametos en futuros tratamientos de reproducción humana asistida para la consecución de un embarazo de conformidad con el artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación. • Almacenamiento: Se me ha informado debidamente y he comprendido que el mantenimiento de los gametos criopreservados importa erogaciones económicas a mi cargo, o a ser cubiertas por el sistema de salud según el caso y las condiciones que se establezcan en un contrato de almacenamiento que se anexa y forma parte del presente consentimiento informado

(ver anexo – contrato de almacenamiento). ● Se me ha informado debidamente y he comprendido que para el caso de que no se continúe abonando el cargo mencionado en el punto anterior, por el término de.....meses consecutivos, el centro se compromete a notificar fehacientemente el incumplimiento. ● Se me ha informado debidamente y he comprendido que pasados los .....días de haber sido debidamente notificada/o y sin haber respondido al requerimiento del centro de salud, consiento que: (marcar lo que corresponda) Los gametos criopreservados sean donados a otra pareja/persona con fines reproductivos. Los gametos criopreservados sean donados con fines de investigación. Cese la criopreservación de los gametos. ● Destino de los gametos criopreservados: Como los gametos pueden permanecer durante un tiempo prolongado criopreservados y en dicha etapa pueden presentarse diversas contingencias relevantes (revocación del consentimiento o voluntad de no continuar con el procedimiento de reproducción humana asistida y/o fallecimiento del paciente); consiento que en caso de darse alguna de estas situaciones: (marcar lo que corresponda) Los gametos criopreservados sean donados a otra pareja/persona con fines reproductivos. Los gametos criopreservados sean donados con fines de investigación. Cese la criopreservación de los gametos. ● Revocación del consentimiento: Se me ha informado debidamente y he comprendido que el consentimiento prestado puede ser revocado en cualquier momento, conforme lo establece el artículo 7 de la Ley N° 26862 de Acceso Integral a los Procedimientos y Técnicas Médico Asistenciales de Reproducción Medicamente Asistida y su Dto. Reglamentario N° 956/2013 (art. 7), concordantes y modificatorias y el artículo 561 del Código Civil y Comercial de la Nación. ● La revocación del consentimiento se debe notificar de manera fehaciente y por escrito al centro médico. Respecto de los gametos, se procederá de conformidad con lo previsto en el punto anterior. Es por ello que habiéndome puesto en conocimiento de la naturaleza, objetivo, beneficios, estadísticas y eventuales riesgos del procedimiento, solicito, consiento y autorizo al centro médico a proceder a la criopreservación y almacenamiento de las gametas extraídas en el procedimiento de reproducción humana asistida realizado/a realizar el día..... en..... El presente consentimiento se vincula con el contrato de almacenamiento de gametos que se anexa y forma parte del presente. (ver anexo – contrato de almacenamiento). 3) DATOS DEL PACIENTE Y DEL MÉDICO Paciente: Apellido: Nombre: D.N.I: Fecha de nacimiento: Domicilio\*: Teléfono de contacto: Correo electrónico: \*Es responsabilidad del/la paciente notificar al centro médico sobre cualquier modificación del domicilio denunciado durante la criopreservación y el almacenamiento de las gametas. Caso contrario resultará válido éste a los efectos de lo que aquí se consiente. Para el supuesto de suscitarse conflictos judiciales en la interpretación del presente documento, acordamos someternos a la jurisdicción de los tribunales de ..... Médico interviniente: Apellido: Nombre: D.N.I: Matrícula: En este acto se firman 2 (dos) ejemplares del presente consentimiento3

· \_\_\_\_\_ Firma paciente Firma médico y/o responsable del Establecimiento Sanitario 3 Se hace constar que una de las copias del presente consentimiento será entregado al/la paciente, y la restante quedará en el Establecimiento Sanitario para su archivo.