

CRIOPRESERVACIÓN DE OVOCITOS Y/O TEJIDO OVÁRICO
DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD



D^a.

mayor de edad, con DNI/Pasaporte nº , estado civil , y

con domicilio en la ciudad de

calle nº C.P. País

DECLARO:

- 1) Tener plena capacidad de obrar.
- 2) En este acto, de manera libre, consciente y expresa, presto mi consentimiento escrito a la criopreservación de mis **ovocitos y/o tejido ovárico (táchese lo que no proceda)**, al objeto de que puedan ser utilizados más adelante para intentar generar preembriones que me puedan ser transferidos.
- 3) Que anteriormente a este acto, se me ha dado información verbal y escrita, esta última a través del **"Documento Informativo sobre congelación de Ovocitos/Tejido ovárico"**, que he leído, comprendido y suscrito. En consecuencia, he recibido información sobre las siguientes cuestiones:
 - a. Información y asesoramiento sobre la descongelación y utilización de ovocitos/tejido ovárico previamente criopreservados, en sus aspectos biológicos, jurídicos y éticos.
 - b. La indicación, procedimiento, probabilidades de éxito, riesgos, contraindicaciones y complicaciones del tratamiento propuesto.
 - c. La disposición del personal sanitario para ampliar cualquier aspecto de la información que no haya quedado suficientemente aclarado.
 - d. La obligación de renovar o modificar periódicamente y como mínimo cada 2 años, mi consentimiento respecto de los ovocitos/tejido ovárico criopreservados, así como de comunicar al centro cualquier cambio de domicilio o circunstancia personal que pueda afectar a su destino.
 - e. Los posibles riesgos que se pueden derivar de la maternidad a una edad clínicamente inadecuada, tanto para la mujer durante el tratamiento con el fin de lograrla y en el embarazo, así como para su descendencia.
 - f. Información relativa a las condiciones económicas del tratamiento.
- 4) El equipo médico me ha informado también de los siguientes riesgos relacionados con mis circunstancias personales:
- 5) Que de no utilizarlos en el futuro para nuestro proyecto reproductivo común, el destino que desearíamos para los posibles preembriones congelados sobrantes sería: *(marcar lo que proceda)*
 - donación con fines reproductivos
 - donación con fines de investigación
 - cese de su conservación sin otra utilización al finalizar el plazo máximo de conservación.

- 6) He comprendido toda la información, que considero adecuada y suficiente, por parte del Dr./Dra
- 7) De igual forma afirmo:
- Que la información dada es veraz sin haber omitido ningún dato de tipo médico conocido y/o legal.
 - Mi compromiso de notificar al centro los cambios de domicilio que impidiesen o dificultasen la necesaria comunicación mientras existan ovocitos/tejido ovárico congelados restantes.

Y una vez debidamente informada,

AUTORIZO:

A la aplicación de los procedimientos de tratamiento y control necesarios para el tratamiento Congelación de Ovocitos/Tejido ovárico.

El contenido del presente documento refleja el estado actual del conocimiento, y por tanto, es susceptible de modificación en caso de que así lo aconsejen nuevos hallazgos o avances científicos.

Según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, mis datos de carácter personal y sanitario quedarán registrados en un fichero propiedad del centro _____ pudiendo ser utilizados y cedidos única y exclusivamente a los efectos de la actuación encargada, gozando de los derechos de acceso, rectificación y cancelación. Todos los datos que se derivan del proceso quedarán reflejados en la correspondiente historia clínica, que será custodiada en las instalaciones de la entidad para garantizar su correcta conservación y recuperación.

NOTA: La clínica hará todo lo posible para mantener el almacenaje de las células/tejidos en condiciones óptimas, pero no se hará responsable de la pérdida de viabilidad de los mismos debido a desastres naturales u otras emergencias que estén fuera del control de la clínica. Debe conocer que sus ovocitos y/o tejido ovárico podrían ser trasladados a una localización alternativa en caso de una situación de emergencia (inundaciones, disturbios, fuego, situaciones violentas -armas-, amenazas/ataques terroristas, gas u otras explosiones, terremotos, etc.).

En a de de

Fdo. El/La Médico/a (Col.nº)

Firma D^g.

ANEXO para la REVOCACIÓN del presente consentimiento

D^g.

mayor de edad, provista de DNI / pasaporte nº y domicilio en la calle/plaza

de

en este acto solicito la SUSPENSIÓN de la aplicación de la técnica de reproducción asistida a la que me estoy sometiendo.

En a de de

Fdo. El/La Médico/a (Col.nº)

Firma D^g.