

**FECUNDACIÓN IN VITRO O MICROINYECCIÓN ESPERMÁTICA
(FIV/ICSI), CON TRANSFERENCIA Y CONGELACIÓN EMBRIONARIA**
DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD



D ^a .							
mayor de edad, con DNI/Pasaporte nº		, estado civil		, y			
D./D ^a .							
mayor de edad, con DNI/Pasaporte nº		, estado civil		, y			
con domicilio en la ciudad de							
calle		nº		C.P.		País	
concurriendo como (matrimonio/pareja de hecho/mujer sin pareja)							

DECLARO/DECLARAMOS:

- 1) Tener plena capacidad de obrar.
- 2) En este acto, de manera libre, consciente y expresa, presto/prestamos nuestro consentimiento escrito la utilización de técnicas de reproducción asistida (*marcar lo que proceda*):
 - Con semen de la PAREJA.
 - Con semen de DONANTE.
- 3) Haber recibido, anteriormente a este acto, información verbal y escrita, esta última a través del **“Documento Informativo sobre Fecundación In Vitro o Microinyección Espermática (FIV/ICSI), con Transferencia Embrionaria y Congelación de Embriones”**, el cual ha sido leído, comprendido y suscrito. En consecuencia, he/hemos recibido información sobre las siguientes cuestiones:
 - Información y asesoramiento sobre las técnicas de reproducción asistida en sus aspectos biológicos, jurídicos y éticos. En caso de utilizar semen de donante, también sobre su utilización y en especial, sobre la relevancia jurídica de la firma de este consentimiento informado por el marido o varón no casado en orden a la determinación con el mismo de la filiación paterna respecto de la descendencia que se consiga.
 - La indicación, procedimiento, probabilidades de éxito, riesgos, contraindicaciones y complicaciones del tratamiento propuesto y de la medicación empleada.
 - La disposición del personal sanitario para ampliar cualquier aspecto de la información que no haya quedado suficientemente aclarado.
 - Los destinos de los posibles preembriones viables que quedarán criopreservados en el banco del centro por no haber sido transferidos al útero en el ciclo de tratamiento.
 - Los posibles riesgos que se pueden derivar de la maternidad a una edad clínicamente inadecuada, tanto para la mujer durante el tratamiento y el embarazo, como para la descendencia.
 - La obligación de renovar o modificar periódicamente nuestro consentimiento respecto de los preembriones criopreservados, así como de comunicar al centro cualquier cambio de domicilio o circunstancia personal que pueda afectar a su destino (separación, fallecimiento o incapacidad sobrevenida de uno de los cónyuges, etc.).
 - Información relativa a las condiciones económicas del tratamiento.

4) Que, según el equipo médico, para mi/nuestro proyecto reproductivo, es adecuado un tratamiento de reproducción asistida, a través de la técnica denominada: (FIV/ICSI) y dentro de las alternativas de tratamiento expuestas, hemos comprendido que la técnica más adecuada es la que aquí consentimos.

5) Conocer que, en cualquier momento anterior a la transferencia embrionaria, puedo/podemos pedir que se suspenda la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, y que dicha petición deberá atenderse.

6) El equipo médico me/nos ha informado también de los siguientes riesgos relacionados con nuestras circunstancias personales:

Además, he/hemos sido informado/s de la conveniencia de consultar el prospecto de los medicamentos prescritos para conocer con más detalle los posibles riesgos asociados a su utilización, sin perjuicio de poder también solicitar las aclaraciones adicionales que estime convenientes al equipo médico.

7) Autorizo/Autorizamos y consiento/consentimos la transferencia de un máximo de (uno, dos o tres) preembriones.

8) Respecto a la posibilidad de generar preembriones viables sobrantes que no sean transferidos al útero en el mismo ciclo: *(marque lo que proceda)*

Asumo/Asumimos la obligatoriedad de congelar los posibles preembriones viables sobrantes, y consentimos la misma.

No deseo/deseamos la generación de embriones sobrantes, por lo que autorizamos la inseminación de un máximo de ovocitos.

9) Que de **no utilizarlos** en el futuro para mi/nuestro proyecto reproductivo, el destino que deseo/deseamos para los posibles preembriones congelados sobrantes es: *(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.

10) He/Hemos comprendido toda la información que considero/consideramos adecuada y suficiente, por parte del Dr./Dra.

11) De igual forma en la consulta médica he/hemos afirmado:

- No padecer enfermedades congénitas, hereditarias o infecciosas transmisibles con riesgo grave para la posible descendencia.
- No haber omitido o falseado ningún dato de tipo médico o legal que pudiera incidir en el tratamiento o sus consecuencias.
- Comprometerme/Comprometernos a notificar al centro los cambios de circunstancias personales (defunción, separación, divorcio,...).
- Obligarme/Obligarnos a comunicar los cambios de domicilio en caso de existir preembriones congelados.

Y una vez debidamente informados,

AUTORIZO/AUTORIZAMOS:

A la aplicación de los procedimientos de tratamiento y control necesarios para el tratamiento de Fecundación in Vitro (FIV) / Microinyección Espermática (ICSI), transferencia de embriones y congelación embrionaria si procede.

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 embriones 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)

Fdo. D^a.

Fdo. D.

ANEXO para el esposo/pareja o para el varón no casado:

D. mayor de edad, provisto de DNI nº

en este acto presto mi consentimiento a que en el caso de que falleciera con anterioridad a que mi material reproductor se halle en el útero de D^a.

pueda ésta, en los 12 meses siguientes a mi fallecimiento, proceder a fecundarse con el mismo, y que se determine la filiación del hijo nacido conmigo.

En a de de

Fdo. El/La Médico/a (Col.nº)

Firma D.

ANEXO para la VARIACIÓN del destino de los preembriones criopreservados

D^ª. []

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

[] de []

D. []

mayor de edad, provisto de DNI / pasaporte nº [] y domicilio en la calle/plaza

[] de []

en este acto solicitamos la modificación del destino de nuestros preembriones sobrantes / criopreservados y consentimos en que el nuevo destino sea (utilización por la propia mujer / donación con fines reproductivos / donación con fines de investigación, / cese de su conservación sin otra utilización una vez finalizado el plazo máximo de conservación):

[]

En [] a [] de [] de []

Fdo. El/La Médico/a (Col.nº [])

Fdo. D^ª.

Fdo. D.

ANEXO para la REVOCACIÓN del presente consentimiento

D/D^ª. []

mayor de edad, provisto/a 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 [])

Fdo. D^ª.

Fdo. D.