

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO DE RETIRO O DESCARTE DE MATERIAL BIOLÓGICO**

### **Definiciones**

Traslado: El material es trasladado a otra institución que garantice el correcto mantenimiento del mismo.

Descarte: El material es descartado según protocolo técnico.

Establecimiento sanitario: centro de salud destinado a realizar procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida de conformidad con lo previsto en la Resolución 1305/2015 del Ministerio de Salud de la Nación.

### **Etapas**

Consulta medico: la/s/los paciente/s deberá/n dar aviso a su médico tratante de la decisión tomada.

Firma de consentimiento: Debe ser firmado de forma presencial por la/las/los titular/es del material afectado. La/las/los firmante/s deberá/n presentar DNI original.

Descarte: Únicamente cuando se encuentre firmado el consentimiento, el personal del laboratorio procederá al descarte del mismo según protocolo técnico.

Traslado: El retiro debe/n realizarlo personalmente la/las/los titular/es del material. Se coordinará junto con el personal de laboratorio control visual del material retirado.

### **Información obtenida**

He/Hemos tenido oportunidad de consultar al profesional interviniente y aclarar las dudas con relación a al traslado o descarte, sus riesgos y beneficios. Las explicaciones que se nos han facilitado han sido en lenguaje claro y sencillo.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/emos que todos los datos médicos relativos a este procedimiento son confidenciales, incluyendo mi/nuestra 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. Su revelación (total o parcial) sólo se producirá en supuestos de excepción en el caso de requerimiento judicial que releve a Cegyrr del secreto médico, o en circunstancias extraordinarias según el criterio debidamente fundado de Cegyrr.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/emos que puedo/podemos revocar el presente consentimiento de manera conjunta o individual hasta antes de su traslado o descarte, en virtud de lo establecido en el artículo 7 de la Ley N° 26.862 de Acceso Integral a los Procedimientos y Técnicas Médico Asistenciales de Reproducción Medicamente Asistida y su Dto. Reglamentario N° 956/2013 (art.7) y lo dispuesto en el artículo 561 del Código Civil y Comercial de la Nación. La revocación se debe notificar de manera fehaciente y por escrito al centro médico interviniente manifestando de manera expresa la voluntad de revocar el presente consentimiento y no continuar con el traslado o el descarte. Comprendo/emos que seguiré/emos siendo responsable/s jurídicamente y del mantenimiento económico del material.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/emos que para el caso de traslado, el mismo debe hacerse mediante un servicio de Courier que se encuentre por el Ministerio de Salud y bajo las condiciones establecidas mediante la Resolución N° 1884/2010 y/o sus modificatorias, dictada por dicho Ministerio.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/emos que CEGYR no provee, ni proveerá ningún plan de seguro, ni tampoco deberá pagar indemnización alguna en caso que el material biológico sufriera algún daño como consecuencia del traslado a otro centro y/o por el indebido almacenamiento y/o descongelamiento efectuado del material en otra institución distinta de CEGYR, ya que CEGYR solamente entrega el material en el estado en que se encuentra.

### CONSENTIMIENTO

Con la firma del presente instrumento **exteriorizo/exteriorizamos mi/nuestra voluntad**, plenamente consciente/s y libre/s, a **proceder al** .....<sup>1</sup> **de** **mi/s/nuestro/s/a/s** .....<sup>2</sup> almacenados en Cegyr con fecha .....<sup>3</sup> y **AUTORIZO/AUTORIZAMOS** a los profesionales médicos de la Institución a aplicar el tratamiento y las técnicas necesarias para tal fin.

Para el supuesto de suscitarse conflictos judiciales en la interpretación del presente documento, acordamos someternos a la jurisdicción de los tribunales Civiles Ordinarios de la Ciudad de Buenos Aires.

Es responsabilidad de los pacientes notificar al centro médico sobre cualquier modificación del domicilio denunciado. Caso contrario resultará válido éste a los efectos de lo que aquí se consiente.

<sup>1</sup>Consignar descarte, retiro o traslado según corresponda

<sup>2</sup>Consignar embrión/es, ovocito/s, muestra/s de semen o biopsias según corresponda

<sup>3</sup>Consignar fecha de almacenamiento.

### PACIENTE I

Apellidos y Nombres:.....D.N.I./Pasaporte:.....Edad:.....

Domicilio:.....CP:.....

Localidad:.....Pcia.:.....País:.....

Teléfono:.....Celular:.....Mail:.....

.....  
Firma, aclaración y fecha

### PACIENTE 2

Apellidos y Nombres:.....D.N.I./Pasaporte:.....Edad:.....

Domicilio:.....CP:.....

Localidad:.....Pcia.:.....País:.....

Teléfono:.....Celular:.....Mail:.....

.....  
Firma, aclaración y fecha

### MÉDICO TRATANTE

.....  
Firma, sello y fecha

En este acto se firman dos (2) ejemplares del presente consentimiento, uno (1) de los cuales es entregado a la/as/os paciente/s firmantes y el restante quedará archivado en el Establecimiento Sanitario.