

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DONACION DE EMBRIONES CON FINES REPRODUCTIVOS

Definiciones.

Criopreservación: procedimiento que permite conservar embriones a bajas temperaturas (menos 196 grados centígrados), en nitrógeno líquido, mediante protocolos de congelación lenta o rápida (vitrificación).

Embrión: producto resultante de la fecundación normal entre un óvulo y un espermatozoide.

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.

Propósito de la donación.

El objetivo de la donación embrionaria con fines reproductivos, es el de brindar ayuda a una persona y/o pareja en su búsqueda de poder lograr un embarazo, al que no pueden acceder por otras técnicas de reproducción humana asistida. El/Los embriones donados, provienen exclusivamente de bancos de gametos debidamente inscriptos en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (FeFES) de la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud, dependiente del Ministerio de Salud (art. 8 Decreto 956/13).

Información obtenida.

He/Hemos tenido oportunidad de consultar al profesional interviniente y aclarar las dudas con relación a la donación de embriones con fines reproductivos, sus riesgos y beneficios. Las explicaciones que me/nos han brindado en el Cegyr han sido suficientemente claras e ilustrativas, y se me/nos ha explicado todas las características del procedimiento en un 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, Decreto 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, y en la medida en que existiere un requerimiento judicial que así lo exija y que releve a Cegyr del secreto médico, o en circunstancias extraordinarias según el criterio debidamente fundado de Cegyr.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/emos que puedo/podemos revocar el presente consentimiento de manera conjunta o individual, hasta antes de efectuada la transferencia embrionaria en otra persona o pareja, 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 Decreto Reglamentario N° 956/2013 (art.7) y a lo dispuesto en el artículo 561 del Código Civil y Comercial de la Nación. La revocación de la donación de embrión/embriones, se debe notificar de manera fehaciente y por escrito al Cegyr, manifestando de manera expresa la voluntad de revocar el presente consentimiento, y de dejar sin efecto la donación de embrión/embriones. Comprendo/emos que una vez dejada sin efecto la misma, seguiré/emos siendo responsable/s jurídica y económicamente de la guarda y/o mantenimiento de el/los embriones.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/emos que en caso de ser aportante/s de algunas de las gametas del embrión a donar, debo/emos informar si he/hemos donado embriones previamente en otra institución indicando dónde y cuándo, a fin de que el centro médico pueda estar perfectamente al tanto de dicha circunstancia. Por lo tanto, declaro/declaramos bajo juramento que (completar con SI o No según corresponda) he/hemos donado embriones con anterioridad a la presente donación.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/emos que el/los embriones que consentimos en donar podrían llegar a ser transferidos a tantas personas/parejas como embriones haya disponibles, de manera tal que sabemos perfectamente, que podrían nacer personas en distintas parejas, que hubieren sido beneficiadas con la presente donación de embriones.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/emos que en todos los casos la donación es anónima, y que no conoceré/emos la identidad de la/las/los receptora/s/es de los embriones donados, resultado de la fertilización, existencia o no de embarazo y posterior nacimiento de niños. No obstante ello, comprendo/emos que en circunstancias de estar en riesgo la salud de la persona nacida por medio de técnicas de reproducción con utilización de embriones donados, si alguno de los gametos hubiere sido aportado por alguno de los donantes del embrión podrían darse a conocer los datos médicos del aportante para garantizar el derecho a la salud de la persona afectada, pero no así sus datos identificatorios,

excepto autorización judicial expresa que así lo disponga, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 564 del Código Civil y Comercial de la Nación.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/emos que no existirá vínculo jurídico alguno entre mi/nuestra persona y la persona nacida por la utilización de los embriones que aquí consiento/sentimos en donar, excepto a los fines de los impedimentos matrimoniales, conforme lo dispuesto en el artículo 575 del Código Civil y Comercial de la Nación.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/emos que no es admisible el reconocimiento por mi/nuestra parte ni el ejercicio de acción de filiación o de reclamo jurídico alguno respecto del niño nacido como consecuencia de la presente donación de embrión/nes, en virtud de lo establecido en el artículo 577 del Código Civil y Comercial de la Nación.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/emos que debemos comunicarle a la Institución CEGyR sobre cualquier enfermedad que pudiéremos padecer en el futuro, tanto la/el suscripto y/o mis ascendientes o descendientes, y que pueda ser transmitida a través mi/nuestros embriones cuando sea/mos los aportantes de algunas de las gametas.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/emos que la donación es voluntaria, altruista y gratuita, por lo que no recibiré/emos compensación económica por este acto, dado que la misma nunca tendrá carácter lucrativo o comercial.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/emos que no están a mi/nuestro cargo, ninguno de los gastos que deriven de la donación de los embriones a terceros.

CONSENTIMIENTO

Con la firma del presente instrumento **exteriorizo/exteriorizamos mi/nuestra voluntad**, plenamente consciente/s y libre/s, a **proceder a la donación de los embriones generados en el procedimiento de reproducción humana asistida realizado** entre.....¹. y² para ser transferidos a otra persona/pareja con el objetivo de lograr el embarazo y **AUTORIZO/AUTORIZAMOS** a los profesionales médicos de la Institución a aplicar el tratamiento y las técnicas necesarias para tal fin.

Dejo/Dejamos expresa constancia, en carácter de declaración jurada, que autorizo/autorizamos expresamente a Cegyr al uso del/los embrión/es aquí donado/s para que el/los mismo/s sea/n utilizado/s en un tratamiento de reproducción médicamente asistida a ser llevado a cabo exclusivamente en Cegyr, por pacientes que resuelvan llevar a cabo dicho tratamiento únicamente en Cegyr.

¹ Consignar nombre y apellido

² Consignar nombre y apellido o cruzar el renglón

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 durante la duración de la criopreservación. Caso contrario resultará válido éste a los efectos de lo que aquí se consiente.

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.