

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO DE RECEPCION DE EMBRIONES DONADOS**

### **Definiciones**

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

Descongelamiento embrionario: procedimiento aprobado por el Ministerio de Salud de la Nación mediante el cual un embrión criopreservado y almacenado en nitrógeno líquido, es descongelado e hidratado nuevamente para recuperar sus funciones celulares.

ET (Transferencia intrauterina embrionaria): es la colocación en el útero de los embriones para lograr su implantación en el endometrio.

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.

### **Particularidades**

Los embriones provienen de los tratamientos realizados por una persona/pareja que consiente en donarlos con fines reproductivos a otra persona o pareja. Dichos embriones deben ser viables y reunir los requisitos médicos necesarios que ofrezcan la mejor chance de éxito.

### **Información obtenida**

He/Hemos tenido oportunidad de consultar al profesional interviniente y aclarar las dudas con relación a la recepción de embriones donados, sus riesgos, beneficios y eventuales complicaciones en relación al procedimiento al que accedo/accedemos. Las explicaciones que me/nos han facilitado han sido en lenguaje claro y sencillo.

He/Hemos leído y comprendido la información brindada precedentemente en relación a la recepción de embriones donados. He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que el/los embriones resultante/s luego del proceso de descongelación se transfiere/n a .....<sup>1</sup> quien llevará adelante la gestación en el marco de un proyecto parental individual o conjunto con.....<sup>2</sup>

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que los embriones provienen de una donación anónima, es decir, comprendo/comprendemos que no conoceremos la identidad de la/las/los donante/s, como así también que la/las/los donante/s carece de información sobre la/las/los receptora/as/es, existencia o no de embarazo y posterior nacimiento de niños. No obstante, comprendo/comprendemos que en circunstancias de estar en riesgo la salud de la/s persona/s nacida/s por medio de ésta técnica con utilización de embriones donados podrían darse a conocer los datos médicos del donante, no así sus datos identificatorios, excepto autorización judicial 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/comprendemos que si bien Cegyr intentará realizar una compatibilización fenotípica con la/las/los donante/s, no puede asegurarse que la/las/los donante/s posea/n características similares a la/as/os receptora/as/es ni pueden asegurarse resultados con respecto al fenotipo de los potenciales recién nacidos.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que la donación es voluntaria, altruista y gratuita por lo que la/s/os receptora/as/es no tendrá/n obligación económica hacia la/las/los donante/s.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que el Programa de Embriodonación de Cegyr garantiza la recepción de un (1) blastocisto en condiciones de ser transferido. Así mismo, entiendo/entendemos que podemos recibir hasta un máximo de dos (2) embriones por intento proveniente de la/las/los misma/as/os donante/s según criterio médico.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que embriones de una misma cohorte pueden ser utilizados por más de una/s/os receptora/as/es.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que en caso de realizar tratamientos posteriores al presente, los embriones pueden provenir de una persona/pareja donante distinta a la actual.

He/Hemos sido informada/as/os 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 Cegyr del secreto médico o en circunstancias extraordinarias según el criterio debidamente fundado de Cegyr.

He/Hemos sido informada/as/os y consiento/consentimos 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.

He/Hemos sido informada/as/os que puedo/podemos obtener, en cualquier momento, copia de mi/nuestra 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.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que el vínculo jurídico filial con la/s persona/s nacida/s de esta técnica queda determinado por la voluntad procreacional instrumentada en el presente consentimiento informado en el marco de un proyecto parental individual o conjunto, conforme lo dispuesto en el artículo 562 del Código Civil y Comercial de la Nación.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que no es admisible la impugnación de la filiación de los hijos nacidos a partir de la realización del tratamiento que aquí se consiente en virtud del artículo 577 del Código Civil y Comercial de la Nación.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que no es admisible el reconocimiento por parte de la/las/los donante/s ni el ejercicio de acción de filiación o de reclamo jurídico alguno respecto del niño nacido, en virtud del artículo 577 del Código Civil y Comercial de la Nación.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que la/s persona/s nacida/s de esta técnica no posee/n ningún vínculo jurídico respecto a la/las/los donante/s, 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/comprendemos la importancia de hacerle saber a mi/nuestro hijo/a que ha nacido de técnica de reproducción humana asistida con embriones donados, por encontrarse comprometido su derecho a la identidad, en virtud de lo dispuesto en los artículos 563 y 564 del citado Código Civil y Comercial de la Nación.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que a los fines de proceder a la inscripción de la/s persona/s nacida/s mediante el empleo de esta técnica de reproducción humana asistida, ante el Registro de Estado Civil y Capacidad de las Personas correspondiente, se deberá acompañar el presente consentimiento informado, el cual previamente deberá ser protocolizado ante Escribano Público Nacional o bien certificado ante la autoridad sanitaria correspondiente a la jurisdicción, conforme lo dispuesto por el artículo 561 del Código Civil y Comercial de la Nación. Quedando a mi/nuestro cargo el diligenciamiento y las erogaciones de su protocolización o certificación ante la autoridad sanitaria como efecto derivado de la determinación de la filiación de los niños nacidos por el uso de este tipo de procedimientos médicos.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que el presente consentimiento es válido sólo para la recepción de estos embriones y para su consecuente e inmediata transferencia. En caso de existir embriones sobrantes, los mismos se mantendrán criopreservados y seré/seremos responsable/s jurídicamente y del mantenimiento económico de los mismos. Un consentimiento similar al presente debe renovarse ante cada nueva recepción de embriones donados, conforme lo dispuesto en el artículo 560 del Código Civil y Comercial de la Nación, siendo este nuevo consentimiento el correspondiente para la inscripción del nacimiento ante el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, previa protocolización o certificación de conformidad con lo dispuesto en el art. 561 del Código Civil y Comercial.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que puedo/podemos revocar el presente consentimiento de manera conjunta o individual hasta antes de efectuada la transferencia embrionaria, 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 procedimiento transferencia embrionaria. Comprendo/comprendemos que de existir embriones al momento de la revocación seré/seremos responsable/s jurídicamente y del mantenimiento económico de los mismos.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que la cantidad de embriones a ser transferidos (uno -1- o dos -2-) es una decisión y responsabilidad del equipo profesional/centro interviniente según sea adecuado para el logro del embarazo, a fin de disminuir los riesgos ocasionados por los embarazos múltiples y resguardar la salud de quien gesta.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos la importancia de estar en contacto cercano con el equipo médico de Cegyr durante el período de tratamiento.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que podría/mos no ser admitida/as/os por decisión de la Institución debidamente fundada, sin que esto pueda interpretarse como acto discriminatorio de ninguna naturaleza.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que los embriones detenidos, no aptos para la transferencia, podrían ser estudiados para evaluar algunos mecanismos celulares y/o moleculares que permitan entender potenciales problemas.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que el programa de embriodonación de Cegyr ofrece asesoramiento psicológico. No hacer uso del mismo queda bajo mi/nuestra entera responsabilidad.

**CONSENTIMIENTO**

Con la firma del presente instrumento **exteriorizo/exteriorizamos mi/nuestra voluntad**, plenamente consciente/s y libre/s, de recibir embriones donados provenientes de una persona/pareja donante anónima para realizar el tratamiento de **DESCONGELACION y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA LA CUAL SE REALIZARÁ A.....**<sup>1</sup> en el marco de un proyecto parental individual o conjunto con.....<sup>2</sup> y **AUTORIZO/AUTORIZAMOS** a los profesionales médicos de la Institución a aplicarme/nos 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 durante la duración de la criopreservación. Caso contrario resultará válido éste a los efectos de lo que aquí se consiente.

<sup>1</sup> Consignar nombre y apellido

<sup>2</sup> Consignar nombre y apellido o cruzar el renglón

**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 3 (tres) ejemplares del presente consentimiento. Se hace constar que dos de las copias del presente consentimiento serán entregadas a la/as/os pacientes (una para sí y la otra para proceder a la inscripción en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas del niño que naciere mediante esta técnica de reproducción humana asistida, previa protocolización o certificación de autoridad sanitaria competente) y la restante quedará archivada en el Establecimiento Sanitario.