

Consentimiento N°:.....

Localidad, ..... de..... de 20....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO: CRIOPRESERVACION Y ALMACENAMIENTO DE  
EMBRIONES. PAREJA**

Este consentimiento informado correspondiente a .....  
..... (historia clínica N° .....) se vincula con el  
consentimiento informado firmado por  
..... (historia clínica N° .....) en  
fecha ....., nro. ....

**1) Información médica sobre la técnica de criopreservación de embriones**

**Definiciones**

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

Gameto/s: entiéndase por gameto/s la/s célula/s masculinas o femeninas, denominadas en adelante espermatozoide y ovulo/ovocito respectivamente, responsables de la reproducción.

**Objetivo**

El objetivo de la criopreservación es mantener la viabilidad de los embriones frente a las siguientes indicaciones médicas: 1) evitar el descarte de embriones no transferidos, 2)

disminuir la probabilidad de un embarazo múltiple, 3) brindar al paciente la mayor eficacia del tratamiento ya que los embriones criopreservados pueden ser transferidos en ciclos posteriores, 4) para lograr un segundo embarazo, reduciendo la necesidad de someterse a la estimulación ovárica y aspiraciones foliculares repetidas; 5) Preservar la fertilidad, 6) disminuir el riesgo de Síndrome de hiperestimulación ovárica. Adicionalmente, permite diferir la transferencia frente a hechos médicos o no médicos intercurrentes, ocurridos entre la punción y la misma.

### **Particularidades de la técnica**

Es una metodología de laboratorio que se puede aplicar a embriones, ovocitos y espermatozoides. Requiere del trabajo de profesionales especializados (embriólogos) con alto entrenamiento y se realiza en un laboratorio de alta complejidad.

### **Etapas del procedimiento**

Aquellos pacientes que realicen criopreservación embrionaria, por normativa de los organismos de acreditación internacional, requieren de estudios infectológicos a la fecha del procedimiento: serología para HIV, Hepatitis B y C, CMV y VDRL. Metodológicamente, la criopreservación embrionaria es una técnica de laboratorio en la cual se aplican diferentes protocolos de congelamiento celular lento o rápido (también llamado vitrificación). Se realiza durante el procedimiento de FIV /ICSI en etapas posteriores a la fecundación del ovocito en el laboratorio. Si no se lograra embarazo en el ciclo de estimulación, se recomienda la transferencia de los embriones criopreservados en el menor plazo posible.

### **Beneficios**

Mantener embriones a muy bajas temperaturas conservando su viabilidad o potencialidad de generar embarazos, evitar embarazos múltiples, disminuir riesgos de salud del paciente, postergar transferencia embrionaria a ciclos diferidos para aumentar la efectividad de tratamientos y preservar la fertilidad.

**Riesgos Generales**

No supervivencia embrionaria con el descongelamiento, accidentes mecánicos por falla de materiales, siniestros o catástrofes naturales. En la actualidad, hay muchos niños nacidos luego de la transferencia de embriones congelados y no se ha observado aumento de malformaciones si se lo compara con la población general (4-8%). Se conoce que en el proceso de congelamiento/descongelamiento existe el riesgo de que los embriones no sean viables, existiendo por lo tanto la posibilidad de cancelar la transferencia embrionaria

**Riesgos personales/personalizados**

Debido a las características médicas, psicológicas y sociales de este caso particular, se podría asociar algún riesgo específico agregado, como puede ser:.....  
.....

**Estadísticas de efectividad**

Existen tasas de embarazo de 15-20% por ciclo, dependiendo de la edad de la paciente al momento de congelar, estadio y calidad embrionaria, receptividad endometrial, presencia de patología uterina y factores espermáticos. Existe además un riesgo de aborto de 15-20% por ciclo.

**Información obtenida**

- He tenido oportunidad de consultar al equipo profesional interviniente y aclarar las dudas con relación al tratamiento, sus riesgos, beneficios, y eventuales complicaciones en relación al procedimiento al que accedo.
- He leído y he comprendido la información brindada precedentemente en relación a la técnica a la que me someto en el marco de un proyecto parental conjunto con .....

- He comprendido las explicaciones que se me ha facilitado en lenguaje claro y sencillo.
- He sido informada/o que todos los datos médicos relativos a este procedimiento son confidenciales, incluyendo los vertidos en la historia clínica, como así los estudios complementarios y/o imágenes, conforme lo establecido en el artículo 2 inc. d de la ley 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 1089/2012 y en los artículos 8 y 10 de la ley 25.326 sobre Protección de Datos Personales.
- He sido informada/o que puedo obtener, en cualquier momento, copia de mi historia clínica, de conformidad con lo previsto en la Ley 26.529 -"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 1089/2012 y la Ley 25.326 - "Protección de Datos Personales"-.
- He sido informada/o que datos no identificatorios sobre los resultados del presente tratamiento serán reportados a diferentes registros nacionales e internacionales con fines estadísticos y/o científicos, de conformidad con las leyes que así lo dispongan.

## **2) Aspectos legales**

- **Objeto de la criopreservación:** Se me ha informado debidamente y he comprendido que el propósito de la criopreservación es principalmente, la utilización de los embriones generados para futuras transferencias y a los fines de lograr un embarazo de conformidad con el artículo 57 del Código Civil y Comercial de la Nación, en el marco de un proyecto parental conjunto con.....
- **Almacenamiento:** Se me ha informado debidamente y he comprendido que el mantenimiento de los embriones criopreservados importa erogaciones económicas a mi cargo, o a ser cubiertas por el sistema de salud según el caso y las condiciones que se establezcan en un contrato de almacenamiento que se anexa y

forma parte del presente consentimiento informado (**ver anexo - Contrato de Almacenamiento**).

- Se me ha informado debidamente y he comprendido que para el caso de que no continúe abonando el cargo mencionado en el punto anterior, por el término de..... meses consecutivos, el centro se compromete a notificar fehacientemente el incumplimiento.
- Se me ha informado debidamente y he comprendido que pasados los .....días de haber sido notificada/o y sin haber respondido al requerimiento del centro de salud, consiento en los mismo términos que el consentimiento prestado por ....., que: (marcar lo que corresponda):
  - Los embriones criopreservados sean donados a otra pareja/persona con fines reproductivos.
  - Los embriones criopreservados sean donados con fines de investigación.
  - Cese la criopreservación de los embriones.
- **Destino de los embriones criopreservados:** Como los embriones pueden permanecer durante un tiempo prolongado criopreservados y en dicha etapa pueden presentarse diversas contingencias relevantes (desacuerdo entre los pacientes firmantes, separación o divorcio, revocación del consentimiento o voluntad de no continuar con el procedimiento de reproducción humana asistida y/o fallecimiento de alguno de los pacientes); consiento en los mismos términos que el consentimiento prestado por ....., que en caso de darse alguna de estas situaciones: (marcar lo que corresponda):
  - Los embriones criopreservados sean donados a otra pareja/persona con fines reproductivos.
  - Los embriones criopreservados sean donados con fines de investigación.
  - Cese la criopreservación de los embriones.

- Se me ha informado debidamente y he comprendido que de producirse discrepancia entre los miembros de la pareja sobre el destino de los embriones, el centro médico no podrá atender la petición unilateral de disposición efectuada por uno solo de los miembros, como tampoco podrá aceptar ningún acuerdo de la pareja sobre los embriones que suponga una transacción económica o de intereses.
- **Revocación del consentimiento:** Se me ha informado debidamente y he comprendido que el consentimiento prestado puede ser revocado en cualquier momento mientras los embriones se encuentren disponibles, conforme lo establece el artículo 7 de la Ley 26862 de Acceso Integral a los Procedimiento y Técnicas Médico Asistenciales de Reproducción Medicamente Asistida y su Dto. Reglamentario 956/2013 (art.7) y el artículo 561 del Código Civil y Comercial de la Nación
- En caso de revocarse, respecto de los embriones, se procederá de conformidad con lo previsto en el punto anterior. A tal fin, se debe notificar de manera fehaciente y por escrito al centro médico manifestando de manera expresa la voluntad de revocar el presente consentimiento.

Es por ello que habiéndome puesto en conocimiento de la naturaleza, objetivo, beneficios, estadísticas, y eventuales riesgos del procedimiento, solicito, consiento y autorizo al centro médico a proceder a la criopreservación y almacenamiento de los embriones generados en el procedimiento de reproducción humana asistida realizado/a realizar conjuntamente con .....

el día..... en.....

El presente consentimiento se vincula con el contrato de almacenamiento de embriones que se anexa y forma parte del presente. (Ver anexo – contrato de almacenamiento).

### 3) Datos del paciente y médico

Paciente:

Apellido:  
Nombre:  
D.N.I:  
Fecha de nacimiento:  
Domicilio\*:  
Teléfono de contacto:  
Correo electrónico:

**OBSERVACIONES:**

\*Es responsabilidad del paciente notificar al centro médico sobre cualquier modificación del domicilio denunciado durante la criopreservación y el almacenamiento de embriones. Caso contrario resultará válido éste a los efectos de lo que aquí se consiente.

Para el supuesto de suscitarse conflictos judiciales en la interpretación del presente documento, acordamos someternos a la jurisdicción de los tribunales de

.....

**Médico interviniente:**

Apellido:  
Nombre:  
D.N.I:  
Matrícula:

**En este acto se firman 3 (TRES) copias del presente consentimiento, de las cuales una de ellas es entregada al paciente firmante.**

---

Firma paciente

---

Firma médico y/o responsable del centro de salud