



# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL MANTENIMIENTO DE MUESTRAS DE SEMEN CRIOPRESERVADAS PROCEDENTES DE OTRO CENTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD

D. \_\_\_\_\_,  
mayor de edad, con DNI. /pasaporte nº \_\_\_\_\_ y domicilio en la ciudad  
de \_\_\_\_\_, calle \_\_\_\_\_  
nº \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ .

Manifiesta su voluntad de proceder al almacenamiento en el Centro  
\_\_\_\_\_ de sus muestras de semen criopreservadas en el  
Centro \_\_\_\_\_.

En este sentido, se le ha informado que:

1. Los espermatozoides son preservados en nitrógeno líquido en las condiciones y con los requisitos previstos en el Real Decreto-Ley 9/2014.
2. El proceso de congelación y descongelación reduce de forma inevitable la calidad seminal, disminuyendo el porcentaje de espermatozoides vivos y móviles. Los espermatozoides que no resultan dañados conservan su capacidad fecundante, que no se ve afectada por la duración del periodo en que se mantengan congelados.
3. En relación con la posibilidad de tener un hijo póstumo con la muestra de semen, la ley indica que sólo podrá determinarse legalmente la filiación si el material reproductor se encontrase en el útero de la mujer en la fecha de la muerte del marido (o varón no unido por matrimonio), excepto si éste hubiese prestado su consentimiento en el documento de consentimiento informado de las técnicas, en escritura pública, testamento o documento de instrucciones previas, para que su material reproductor pueda ser utilizado en los doce meses siguientes a su fallecimiento para fecundar a su mujer. Este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento con anterioridad a la realización de las técnicas.
4. En cualquier momento el varón puede disponer la destrucción de sus muestras seminales o el cese de su mantenimiento, previa solicitud por escrito dirigida al banco de gametos.

Declara:

1. Asumir que la criopreservación seminal no garantiza en ningún caso la consecución de descendencia ni la normalidad de la misma.
2. Si la conservación definitiva del semen supusiera riesgo infeccioso, el paciente aceptará las medidas específicas de conservación que resulten necesarias.
3. Aceptar el compromiso de confirmar cada año su voluntad de mantener en depósito las muestras seminales criopreservadas mediante documento escrito, por si mismo o a través de persona debidamente autorizada. En caso de incumplimiento de este requisito, las muestras de semen serán destruidas en el plazo de 6 meses a contar desde el momento en que tenía que haberse producido la confirmación.
4. Comprometerse a notificar cualquier cambio de domicilio o teléfono.
5. En caso de fallecimiento del paciente, se procederá a la destrucción inmediata de las muestras, salvo que existan las disposiciones legalmente válidas sobre su uso reproductivo post-mortem especificadas en la Ley 14/2006 de 26 de Mayo sobre técnicas de reproducción asistida.
6. Aceptar las condiciones económicas asociadas al tratamiento.
7. Haber comprendido el contenido de esta información, y tenido oportunidad de solicitar aclaraciones adicionales sobre este tratamiento, que resulta el más apropiado de los aplicables a su caso.

Autoriza:

A la aplicación de los procedimientos de tratamiento y control necesarios para el mantenimiento de sus muestras seminales criopreservadas.

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 espermatozoides 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 )

Firma Paciente

DNI:.....

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 Dña \_\_\_\_\_, 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. D/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

Firma del Médico

ANEXO para la REVOCACION del presente consentimiento

D \_\_\_\_\_, mayor de edad, provisto 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.

Fdo. D. \_\_\_\_\_

Firma del Médico: