

DOCUMENTO DE CONFORMIDAD PARA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE REPRODUCCIÓN

Habiendo solicitado ser asistidos en la Unidad de Reproducción Asistida del -----, los abajo firmantes manifiestan libre y voluntariamente que:

- Ambos forman una pareja, de hecho, o matrimonial.
- Desean ser asistidos con el fin de formar una familia con descendencia y ambos tienen reconocido el derecho a la asistencia sanitaria pública y a la financiación de este tratamiento.
- Asimismo, se manifiesta por las personas que firman el presente documento, que no tienen un hijo sano en común y que no tienen embriones congelados en ningún centro sanitario público o privado, o en el caso de tener embriones congelados en otro centro, deben utilizarlos previamente.
- Al recibir atención como pareja, deben saber que los procesos diagnósticos y de tratamiento de esta especialidad hacen aconsejable que ciertos datos relativos a cada uno de los miembros de la pareja deben de ser conocidos por el otro miembro, en la medida en que condicionan decisiones relacionadas con la asistencia y/o la seguridad y que afectan a ambas partes. Esta necesidad de compartir información clínica dentro de la pareja es aceptada con la firma del presente documento con la finalidad de realizar la prestación sanitaria del servicio que usted ha requerido de la manera más efectiva y segura. De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, y el Reglamento Europeo 2016/679 de protección de datos, se le informa de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y olvido de sus datos personales.
- En el caso de criopreservar gametos y/o embriones, deberán tener actualizados en el Hospital su teléfono/dirección para poder contactar con ustedes con objeto de actualizar periódicamente su consentimiento sobre el destino de los mismos.
- En el caso de conseguir descendencia gracias a este proceso, deben comunicarnos todos los datos referentes la evolución de la gestación, el parto y el recién nacido, ya que el Centro está obligado a informar de sus resultados a las Autoridades Sanitarias.

Nombre, apellidos y DNI: _____

Nombre, apellidos y DNI: _____

Nº de tarjeta sanitaria: _____

Nº de tarjeta sanitaria: _____

FIRMA:

FIRMA:

Firmado en ----- a ____ de _____ de _____