

INFORMACION Y CONSENTIMIENTO PARA FECUNDACIÓN *IN VITRO* (FIV) Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES (TE) CON ESTUDIO GENÉTICO PREIMPLANTACIONAL

Doña _____ con DNI _____

Y su pareja _____ con DNI _____

El proceso de cribado o diagnóstico genético preimplantacional es un proceso de selección embrionaria que se realiza para elegir el embrión más apto para transferir según su estatus genético.

Antes de iniciar el proceso, el centro le ofrecerá la posibilidad de realizar una prueba genética a la pareja con la finalidad de comprobar si existe riesgo de transmisión de enfermedades recesivas al recién nacido. En caso positivo, el diagnóstico genético preimplantacional deberá centrarse en la selección de posibles embriones no afectados de la enfermedad en cuestión. Este estudio, aunque es opcional es muy recomendable. En caso de utilizar semen de donante esta prueba se realizará únicamente a la mujer ya que todos los donantes lo tienen ya realizado.

Tanto el cribado (detección de alteraciones cromosómicas: PGT-A) como el diagnóstico (detección de mutaciones de herencia recesiva o dominante: PGT-M) tienen en común una serie de pasos como son: la realización de una fecundación *in vitro* para obtener los ovocitos y realizar la fecundación de los mismos mediante la técnica de ICSI. Posteriormente se realizará un cultivo embrionario generalmente hasta el día quinto o sexto de desarrollo en el que embrión alcanza la fase de blastocisto. En este momento haremos una biopsia a cada embrión con un sistema láser de última generación y cada muestra será enviada a un laboratorio especializado a la espera del resultado, que tarda normalmente entre 3 y 4 semanas. Este mismo día, los embriones serán criopreservados a la espera del diagnóstico de estos y serán almacenados en nuestro centro. Finalmente, una vez se sepan los embriones aptos para la transferencia se precederá a la preparación de la mujer para la transferencia embrionaria.

En el proceso de PGT-A y PGT-M en nuestro centro realizamos por regla general transferencias en la fase de blastocisto y para evitar embarazos múltiples en casi la totalidad de los casos procedemos a la transferencia de un solo embrión. Este número está calculado con una tasa de fecundación del 75% y con una tasa de desarrollo embrionario óptimo hasta día quinto del 35%, que son las cifras de éxito aceptadas en los centros de reproducción asistida con buenos resultados. Hay que tener en cuenta que este proceso conlleva un coste adicional por cada embrión biopsiado.

La indicación de la técnica de cribados (PGT-A) se realiza en pacientes donde alguno de los miembros de la pareja tenga alguna alteración en el cariotipo, por motivos de edad materna avanzada o por fallos previos de implantación o abortos. Es una prueba diseñada para detectar aneuploidías (pérdidas o ganancias de cromosomas completos), aneuploidías parciales, incluyendo deleciones, duplicaciones y anomalías estructurales desequilibradas, dependiendo del

tamaño del segmento del cromosoma afectado. Con esta técnica se minimiza el riesgo de la aparición de síndromes como el Down, Edwards, etc, y tiene como ventaja el aumento de las probabilidades de éxito de embarazo por transferencia de en torno a un 70%, así como reducir las tasas de aborto.

Por otro lado, debe ser consciente de que la probabilidad de tener embriones sanos también disminuye considerablemente con la edad de la mujer pudiendo en algunos casos no tener embriones aptos para transferir (cifras estipuladas como normales según los indicadores actuales de calidad en clínicas de reproducción asistida).

A diferencia del PGT-A, el diagnóstico genético para monogénicas (PGT-M) y el cribado para traslocaciones (PGT-SR) tiene como indicación el evitar que el recién nacido pueda heredar algún tipo de enfermedad diagnosticada de herencia dominante o recesiva de alguno de los miembros de la pareja o las causadas por translocaciones estructurales de los cromosomas. La posibilidad de tener embriones no aptos para transferencia depende del tipo de herencia de la enfermedad en los embriones, fluctuando desde un 50% para herencia dominante a un 25% para herencia recesiva. Este tipo de tratamiento requiere generalmente un estudio adicional previo en la pareja y familiares para poder saber el diagnóstico de la enfermedad en los embriones que se denomina estudio de informatividad siendo el coste de este estudio variable en cada caso y se le informará en atención al paciente ya que no está incluido en el coste de este estudio por embrión que al igual que el PGT-A conlleva un coste adicional.

En algunos casos es conveniente realizar PGT-M o PGT/SR y un PGT-A al mismo tiempo a los embriones generados ya que no solamente se estudia una enfermedad de posible transmisión a los embriones, sino también si hay riesgo de tener algún tipo de alteración en el número de cromosomas. Este análisis adicional también tiene un coste adicional y se realizará solamente a los embriones que sean sanos para la enfermedad.

Normalmente al recibir los resultados tras la biopsia embrionaria, serán embriones euploides en el caso del PGT-A (sin alteraciones detectadas en el número de cromosomas) o embriones sanos para la enfermedad estudiada (en el caso de PGT-M). En este caso serán embriones transferibles. Otra posibilidad es que sean embriones alterados cromosómicamente (aneuploides) o embriones en los que se haya detectado la enfermedad estudiada. En este caso serán embriones no transferibles.

En ocasiones, tras obtener el análisis de los embriones biopsiados, podemos encontrarnos embriones sin diagnóstico, por lo que para conocer el resultado debemos volver a biopsiar el embrión. Esto generalmente es debido a que la calidad de la muestra no es la adecuada y podríamos tener un resultado para la biopsia embrionaria como no concluyente o no informativo. El riesgo de no obtener resultados es inferior al 5%. Si esto ocurre la rebiopsia del embrión no tendrá coste añadido para la paciente.

En el momento de la punción folicular se le dará un consentimiento específico para cada proceso, donde aparecerá toda la información necesaria detallada, con todas las opciones de resultado posible. Además, cuando tengamos los resultados de su prueba, se les explicará detenidamente y de forma personalizada.

No dude en solicitar más información o aclaraciones si lo considera necesario.

- He tenido la posibilidad de hacer todas las preguntas que he considerado oportunas y estoy satisfecho con las explicaciones recibidas.

SI

NO

En, a de de

Firma de la mujer:
(nombre y DNI)

Firma de la pareja:
(nombre y DNI)



FECUNDACIÓN IN VITRO CON DIAGNÓSTICO O TEST GENÉTICO PREIMPLANTACIONAL

DOCUMENTO INFORMATIVO SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD

I. ¿En qué consiste?

El Test Genético Preimplantacional (PGT) es una técnica utilizada como complemento de la Fecundación in Vitro (FIV), que se realiza en parejas y mujeres sin pareja con riesgo de transmitir a la descendencia alteraciones cromosómicas o genéticas, para seleccionar únicamente embriones libres de la alteración genética o cromosómica estudiada en cada caso, para su posterior transferencia al útero.

La técnica de PGT es el resultado de la combinación de:

1. Fecundación in Vitro con/sin microinyección espermática.
2. Biopsia del embrión.
3. Técnicas de Diagnóstico Genético.

II. ¿Cuáles son las indicaciones?

Las indicaciones más frecuentes son:

A – Alteraciones genéticas paternas/maternas transmisibles:

- Enfermedades que afectan a un solo gen, cuya anomalía es conocida y puede ser analizada.
- Enfermedades ligadas al cromosoma X.
- Anomalías en la estructura de los cromosomas.

B – Estudio de aneuploidías:

- Abortos de repetición.
- Fallo repetido de tratamientos.
- Edad materna.
- Factores masculinos.

C – Otras:

- Estudio HLA (histocompatibilidad)

III. Nomenclatura actual

- **PGT-M (Test Genético Preimplantacional para enfermedades monogénicas):** Análisis genético del embrión para una enfermedad que implica un solo gen, antes de su transferencia uterina.
- **PGT-SR (Test Genético Preimplantacional para reorganizaciones estructurales):** Análisis genético del embrión para anomalías en la estructura de los cromosomas, antes de su transferencia uterina.
- **PGT-A (Test Genético Preimplantacional para aneuploidías):** Análisis genético del embrión para anomalías en el número de los cromosomas, antes de su transferencia uterina.

IV. Procedimiento

1. **Fase previa.** En esta fase, los pacientes portadores de la alteración genética y, en ocasiones, algunos familiares, se realizan pruebas de caracterización genética de las enfermedades a diagnosticar, con el fin de disponer del máximo de información previa a la aplicación del procedimiento.
2. **Fecundación in Vitro (FIV) o Microinyección Espermática (ICSI).** Este procedimiento se describe en el documento informativo de FIV.
3. **Biopsia embrionaria.**
La biopsia se puede realizar en dos etapas embrionarias:
 - 1) En el 3º día después de la punción, cuando el embrión se encuentra en estadio de 6-8 células.
 - 2) En el día 5-7º después de la punción, cuando el embrión se encuentra en estadio de blastocisto.La biopsia se lleva a cabo en embriones generados en el mismo ciclo o en embriones crioconservados generados en ciclos previos. En este segundo supuesto, se deberá desvitrificar y confirmar la viabilidad de los embriones previo a la biopsia. Una vez realizada la biopsia, los embriones se mantendrán en cultivo o bien se vitrificarán y permanecerán en el propio centro hasta que se obtenga el resultado del diagnóstico.
4. **Diagnóstico genético.** La biopsia obtenida es procesada para análisis y sometida al estudio genético apropiado para cada caso, precisando de un tiempo variable para emitir un diagnóstico.
5. **Transferencia embrionaria.**
Con el resultado del análisis genético, recibirán del equipo biomédico la información necesaria para decidir los embriones a transferir.
6. **Criopreservación embrionaria.**
Los **embriones** no transferidos se preservarán mediante vitrificación. Aquellos embriones en los que se detecten alteraciones genéticas en la muestra biopsiada no se mantendrán crioconservados.
Los posibles destinos de los embriones criopreservados se detallan en el apartado de información legal del documento informativo de Fecundación in vitro

V. Resultados

Los resultados de la Fecundación in Vitro con Diagnóstico o Test Genético Preimplantacional en España pueden ser consultados en el Registro Nacional de Actividad-Registro SEF, que es el registro oficial de Técnicas de Reproducción Asistida del Ministerio de Sanidad (<https://www.registrosef.com>).

Con la Fecundación In Vitro con Diagnóstico o Test genético Preimplantacional se busca obtener embriones que puedan ser transferidos posteriormente al útero de la mujer para obtener un embarazo. La consecución del embarazo y su posterior evolución no depende solamente de la disponibilidad de embriones. Otros factores de los embriones y de los pacientes pueden tener importancia en el resultado final.

Según su tratamiento y las características clínicas acompañantes recibirá información personalizada en su Centro sobre los resultados esperados con el tratamiento propuesto.

VI. Limitaciones del PGT.

El Diagnóstico o Test Genético Preimplantacional minimiza la posibilidad de transferir embriones portadores de la alteración cromosómica en estudio. Como toda técnica médica diagnóstica tiene las siguientes limitaciones:

1. Posibilidad de error en el resultado.

Existe un margen de posibilidad de error diagnóstico en el estatus genético del embrión, que en este caso es del 1-2%. Por ello el embarazo obtenido mediante esta técnica no debe excluir el estudio habitual de evaluación prenatal que se recomienda a toda mujer embarazada, especialmente para aquellas con un riesgo alto de un embarazo con anomalías genéticas.

2. Embriones “no informativos” o con “fallo de amplificación”

En este caso no se ha podido obtener el material genético suficiente para un correcto análisis y no es posible obtener ningún resultado concluyente.

3. Embriones Mosaico.

En algunos casos, puede ocurrir que las células biopsiadas y analizadas del embrión consistan en una mezcla de células genéticamente normales y anormales. Estos embriones se denominan **Embriones Mosaico**.

Todos los pacientes ante estas circunstancias deben realizar una consulta de consejo genético donde los riesgos y las implicaciones de transferir un embrión mosaico se expliquen con detalle.

La transferencia de embriones mosaicos se ha relacionado con una tasa de implantación más baja y de aborto más alta que cuando se transfieren embriones que provienen de biopsias con todas las células normales.

4. Algunas alteraciones cromosómicas no son diagnosticables con las técnicas actuales de PGT.

VII. Riesgos

- 1) **Los del proceso de Fecundación in vitro.** Descritos en el Documento informativo de FIV.
- 2) **Defectos congénitos y alteraciones cromosómicas de los hijos:** En los ciclos de PGT, el riesgo de que la descendencia sea portadora de alteraciones cromosómicas o genéticas sólo se reduce respecto a los genes y/o cromosomas estudiados.
- 3) **Daño del embrión durante la biopsia** que podría producir una alteración en su desarrollo.
- 4) **Riesgos Personalizados:** Las características médicas, sociales o laborales de cada paciente pueden suponer una modificación de los riesgos generales o aparición de riesgos específicos. En este caso serían:

VIII. Información económica (si procede)

Los precios que rigen en este centro se detallan en presupuesto adjunto, significándose la imposibilidad de concretar previamente de forma exacta el coste total, debido a que los tratamientos varían en cada paciente y, muy especialmente, en función de la respuesta a la estimulación ovárica de cada mujer. Se deberá tener también en cuenta el coste económico del mantenimiento del material criopreservado (ovocitos, espermatozoides o embriones).

IX. Aspectos legales particulares sobre el Test genético preimplantacional (PGT)

La ley 14/2006, sobre técnicas de reproducción asistida, considera el Test genético preimplantacional una técnica complementaria de la fecundación «in Vitro» y de la ICSI, que va dirigida a satisfacer uno de sus objetivos básicos como es la prevención y tratamiento de enfermedades de origen genético, siempre que existan las garantías diagnósticas y terapéuticas suficientes y sean debidamente autorizadas.

En esta norma, el régimen legal para llevar a cabo el Test genético preimplantacional contempla dos situaciones diferentes, en función del régimen de autorización que se establece (art. 12):

1).- **Sin necesidad de previa autorización administrativa.**- En la ley se prevé la autorización directa de la técnica en dos casos, en los que bastará simplemente con que el centro comunique su realización a la autoridad sanitaria correspondiente (la de su Comunidad Autónoma), que habrá de informar a su vez a la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida: a) la detección de enfermedades hereditarias graves, de aparición precoz y no susceptibles de tratamiento curativo postnatal con arreglo a los conocimientos científicos actuales, con objeto de llevar a cabo la selección embrionaria de los embriones no afectados para su transferencia; b) la detección de otras alteraciones que puedan comprometer la viabilidad del embrión (cromosopatías fundamentalmente).

2).- **Con exigencia de autorización administrativa expresa.** - Para el resto de las situaciones en las que pueda plantearse la selección de embriones mediante Test genético preimplantacional, la ley condiciona su realización a la aprobación expresa, *caso a caso*, de la autoridad sanitaria correspondiente, previo informe preceptivo favorable de la citada Comisión Nacional, que deberá evaluar las características clínicas, terapéuticas y sociales de cada caso.

Dentro de esta segunda vía de autorización, incorpora también la autorización del Test genético preimplantacional extensivo o con finalidad terapéutica para terceros, estableciendo que la aplicación de las técnicas de Test genético preimplantacional, combinadas con la determinación de antígenos de histocompatibilidad de los embriones «in Vitro» con fines terapéuticos para terceros, requerirá igualmente

de la autorización expresa, *caso a caso*, de la autoridad sanitaria correspondiente, previo informe preceptivo favorable de la Comisión referida.

X. Alternativas a esta técnica

- Realizar tratamientos con gametos donados (ovocitos y/o espermatozoides).
- Utilizar embriones donados.

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.

De acuerdo con lo previsto en el art. 13 del Reglamento 2016/679 europeo de protección de datos (RGPD), y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, se le informa de que puede ejercitar gratuitamente sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y olvido, dirigiéndose por escrito al centro, bien acudiendo presencialmente, bien por correo postal o electrónico.

Además, se le comunica que le asiste el derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, si fuera el caso. Puede obtener más información sobre sus derechos de protección de datos en el sitio web <https://www.aepd.es/reglamento/derechos/index.html>

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 ovocitos y/o preembriones 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, cierre de la Clínica, etc...).

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo. El/La Médico/a (Col.nº _____)

Firma Paciente

Firma Pareja



FECUNDACIÓN IN VITRO (ICSI) CON DIAGNÓSTICO O TEST GENÉTICO PREIMPLANTACIONAL

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD

D^a. _____ mayor de edad, con DNI.
/pasaporte nº _____, estado civil _____ y
D. _____ mayor de edad, con DNI.
/pasaporte nº _____, estado civil _____, y con domicilio en la ciudad
de
_____, calle _____ nº _____ C.P. _____ País
_____, concurriendo como (matrimonio/pareja de hecho/mujer
sin pareja) _____

DECLARO/DECLARAMOS:

- 1) Ser mayor/mayores de edad y tener plena capacidad de obrar.
- 2) Que con anterioridad a este acto, se me/nos ha dado información verbal y escrita, esta última a través del "**Documento Informativo sobre Fecundación In Vitro o Microinyección Espermática (FIV/ICSI), con Transferencia Embrionaria y Congelación de embriones**" y del "**Documento Informativo sobre Diagnóstico o Test Genético Preimplantacional**", que he/hemos leído, comprendido y suscrito. En consecuencia, he/hemos recibido información y asesoramiento sobre las siguientes cuestiones:
 - Aspectos biológicos, jurídicos y éticos de los tratamientos. En caso de utilizar semen de donante, también sobre su utilización y en especial, sobre la relevancia jurídica de la firma de este consentimiento informado por el marido o varón no casado en orden a la determinación con el mismo de la filiación paterna respecto de la descendencia que se consiga, que será considerada legalmente como propia a todos los efectos.
 - La indicación, procedimiento, probabilidades de éxito, riesgos y complicaciones del tratamiento propuesto y de la medicación empleada.
 - La disposición del personal sanitario para ampliar cualquier aspecto de la información que no haya quedado suficientemente aclarado.
 - Los destinos posibles de los embriones viables que quedarán criopreservados en el banco del centro por no haber sido transferidos al útero en el ciclo de tratamiento.

- La obligación de renovar o modificar periódicamente nuestro consentimiento respecto de los embriones criopreservados, así como de comunicar al centro cualquier cambio de domicilio o circunstancia personal que pueda afectar a su destino (separación, fallecimiento o incapacidad sobrevenida de uno de los cónyuges, etc.).
 - Información relativa a las condiciones económicas del tratamiento.
 - Aquellos embriones con resultado de “no transferibles” tras el procedimiento de PGT no se utilizarán con fines reproductivos.
 - Aquellos embriones con resultado de “embriones Mosaico” requerirán asesoramiento genético donde se explique con detalle los riesgos y las implicaciones.
- 3) Que, según el equipo médico, para mi/nuestro proyecto reproductivo, es adecuado un tratamiento de reproducción asistida a través de la técnica denominada **Fecundación in Vitro y/o Microinyección espermática con Diagnóstico o Test genético preimplantacional** y, dentro de las alternativas de tratamiento expuestas, he/hemos comprendido que la técnica más adecuada en nuestro caso es la que aquí consentimos:
- _____.
- 4) Conocer que, en cualquier momento anterior a la transferencia embrionaria, puedo/podemos pedir que se suspenda la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, y que dicha petición deberá atenderse.
- 5) El equipo médico me/nos ha informado también de los siguientes riesgos relacionados con nuestras circunstancias personales:_____.
- 6) En este acto, de manera libre, consciente y expresa, presto/prestamos nuestro consentimiento escrito a la utilización de técnicas de reproducción asistida:
- O Con semen de la PAREJA. O Con semen de DONANTE.
- 7) La indicación médica del tratamiento viene determinada en mi/nuestro caso por: (marcar lo que proceda)
- Anomalías cromosómicas estructurales.
 - Riesgo de transmisión de enfermedad ligada a cromosomas sexuales (X o Y).
 - Portador de translocación cromosómica.
 - Screening de aneuploidías o alteraciones en el número de cromosomas.
 - Riesgo de transmisión de enfermedades monogénicas.
 - Otras causas:_____
- 8) **De acuerdo con el equipo médico**, y con el fin de evitar el embarazo múltiple y poner en riesgo la salud de la receptora, autorizo/autorizamos y consiento/consentimos la transferencia de un máximo de_____ (uno, dos o tres) embriones.
- 9) Respecto a la posibilidad de generar embriones que no vayan a ser transferidos al útero en el mismo ciclo **y en base a nuestro proyecto reproductivo de futuro**: (marque lo que proceda)
- Deseo/deseamos **que se generen TODOS los embriones posibles** como consecuencia de la inseminación o microinyección de todos los ovocitos obtenidos,

asumiendo la obligación de congelar los embriones viables no transferidos, y consentimos la misma.

- Deseo/deseamos **que se genere un NÚMERO LIMITADO de embriones**, consecuencia de la inseminación o microinyección de..... (número) ovocitos, asumiendo la obligación de congelar los embriones viables no transferidos. El resto de los ovocitos serán:
 - Vitrificados
 - Desechados

- Deseo/deseamos **que NO se genere NINGÚN EMBRIÓN** que no vaya a ser transferido, por lo que autorizo/autorizamos la inseminación o microinyección de un máximo de (número) ovocitos. El resto de los ovocitos serán:
 - Vitrificados
 - Desechados

10) Que el destino que deseo/deseamos dar a los posibles ovocitos y/o embriones sobrantes sería (marcar lo que proceda):

- Uso propio, es decir utilización por la propia pareja, mujer o, en su caso, su cónyuge femenino.
- Donación con fines reproductivos (*si la mujer es ≤ 35 años y el varón ≤ 50 años*).
- Donación con fines de investigación (*en base a un proyecto debidamente presentado y autorizado por las autoridades sanitarias competentes, previo informe favorable del órgano competente y consentimiento escrito de la pareja o de la mujer*).
- Cese de su conservación sin otra utilización al finalizar el plazo máximo de conservación (*cuando la receptora no reúna los requisitos clínicamente adecuados para realizar la técnica de reproducción asistida*).

11) En el caso de utilizar gametos o embriones procedentes de donante, acepto/aceptamos la inclusión de nuestros datos personales en el Registro Nacional de Donantes y el consiguiente tratamiento de los mismos a través del Sistema de Información de Reproducción Humana Asistida (SIRHA).

- Acepto/Aceptamos

Me comprometo/nos comprometemos a acudir a la clínica para formalizar la renovación o cambio de destino del material criopreservado (ovocitos, espermatozoides o embriones), y a asumir en todo caso el coste económico de la criopreservación durante el tiempo que aquél esté depositado en el centro.

12) He/Hemos comprendido toda la información que se me/nos ha dado en condiciones adecuadas por parte del Dr./Dra.: _____

13) De igual forma en la consulta médica he/hemos afirmado:

- a. No padecer otras enfermedades congénitas, hereditarias o infecciosas

- transmisibles con riesgo grave para la posible descendencia.
- b. No haber omitido o falseado ningún dato de tipo médico o legal que pudiera incidir en el tratamiento o sus consecuencias.
- c. Comprometerme/Comprometernos a notificar al centro los cambios de circunstancias personales (defunción, separación, divorcio,...).
- d. Obligarme/Obligarnos a comunicar los cambios de domicilio que impidiesen la necesaria comunicación en caso de existir embriones congelados.

Y una vez debidamente informados,

AUTORIZO/AUTORIZAMOS:

A la aplicación de los procedimientos de tratamiento y control necesarios para el tratamiento de Fecundación in Vitro (FIV) / Microinyección Espermática (ICSI) con Diagnóstico o Test Genético Preimplantacional y congelación embrionaria, si procede.

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.

De acuerdo con lo previsto en el art. 13 del Reglamento 2016/679 europeo de protección de datos (RGPD), y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, se le informa de que puede ejercitar gratuitamente sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y olvido, dirigiéndose por escrito al centro, bien acudiendo presencialmente, bien por correo postal o electrónico.

Además, se le comunica que le asiste el derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, si fuera el caso. Puede obtener más información sobre sus derechos de protección de datos en el sitio web <https://www.aepd.es/reglamento/derechos/index.html>

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 embriones 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, cierre de la Clínica, etc.).

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Fdo.

Fdo.

D.N.I.

D.N.I.....

Fdo.

D.N.I.....

(El Director del CENTRO o delegado)

ANEXO para la REVOCACIÓN del presente consentimiento

Dña _____, mayor de edad, provista 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. Dña _____

Firma del Médico:

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/Dª _____

ANEXO para la VARIACIÓN del destino de los ovocitos y/o embriones criopreservados

Dña _____, mayor de edad, provista de DNI/pasaporte nº _____ y domicilio en la calle/plaza _____ de _____,

D. _____, mayor de edad, provisto de DNI/pasaporte nº _____ y domicilio en la calle/plaza _____ de _____,

en este acto solicitamos la modificación del destino de nuestros ovocitos y/o embriones criopreservados y consentimos en que el nuevo destino sea:

- Utilización por la propia mujer.
- Donación con fines reproductivos (*si la mujer es ≤ 35 años y el varón ≤ 50 años*).
- Donación con fines de investigación (*en base a un proyecto debidamente presentado y autorizado por las autoridades sanitarias competentes, previo informe favorable del órgano competente y consentimiento escrito de la pareja o de la mujer*).
- Cese de su conservación sin otra utilización una vez finalizado el plazo máximo de conservación (*cuando la receptora no reúna los requisitos clínicamente adecuados para realizar la técnica de reproducción asistida*).

El coste económico del mantenimiento del material criopreservado (ovocitos, espermatozoides o embriones) deberá ser asumido por los pacientes, sea cual sea la decisión sobre el destino de los mismos y durante el tiempo que estos estén depositados en el Centro.

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo. Dña _____ Fdo. D _____

Firma del Médico

