

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE REPRODUCCION ASISTIDA

Por medio de la presente hacemos constar que autorizamos al Dr. _____ y a su grupo de colaboradores de la Clínica de Reproducción Asistida, a que me practiquen el procedimiento de Aspiración Folicular y Transferencia de Embriones, para lo cual será necesaria la estimulación ovárica mediante medicamentos específicos así como la obtención de óvulos mediante el procedimiento de aspiración transvaginal guiada por ultrasonido, mismo que se realizará bajo anestesia general endovenosa o bloqueo epidural, según lo recomiende el anesthesiólogo. Los embriones que resultasen de la unión de óvulos y espermatozoides, serán transferidos en el momento que sea más conveniente.

Entendemos que el proceso fisiológico en el aparato reproductor masculino es dinámico, por lo que, en caso de que la muestra de semen solicitada no tenga las características adecuadas para Fertilización In Vitro y/o se obtengan 5 o menos óvulos, se recomendará realizar una Inyección Intracitoplasmática de Esperma (I.C.S.I.). En caso de que para el día 10 del ciclo estimulado se tengan 3 o menos folículos se recomendará cancelar este ciclo.

Aceptamos que se nos ha explicado y hemos entendido el procedimiento que se va a realizar, así como sus alcances, complicaciones, y limitaciones. Hemos sido informados de que la probabilidad de éxito cuando se realizan estas técnicas depende de la edad y la respuesta ovárica, pudiendo variar del 10 al 50% y estamos conscientes de ello. Aceptamos que dichas explicaciones son enunciativas, mas no limitativas, y que por tanto, expresamente aceptamos cualquier riesgo inherente al procedimiento (complicaciones, riesgos, fracasos, etc.) y renunciamos a cualquier acción legal relacionada con los resultados, efectos y consecuencias inmediatas o futuras de la realización de este procedimiento, liberando a los doctores, a la Clínica de Reproducción Asistida y a sus colaboradores de cualquier responsabilidad.

Garza García, N.L. a _____ de _____ del 2007

Sra. _____
Nombre y Firma

Sr. _____
Nombre y Firma

Dr. _____