



SANATORIO ARGENTINO MATERNIDAD PRIVADA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONGELAMIENTO DE ESPERMATOZOIDES

Yo:..... he sido informado por el Dr.....sobre el congelamiento y almacenamiento de mis espermatozoides. Se me ha ofrecido esta alternativa por padecer/tener

Me he informado que mis espermatozoides serán almacenados para ser utilizados en un futuro en una técnica de reproducción asistida o para evaluar su funcionalidad (pruebas de vitalidad y movilidad pre y post congelamiento. Solamente serán descongelados y/o entregados a pedido mío.

Entiendo que luego de descongelar los espermatozoides, no existen garantías totales de la sobrevida y capacidad fecundante de los mismos.

Entiendo que pueden existir circunstancias especiales (robo, incendio, etc.) que atenten contra la normal conservación de los espermatozoides. Asimismo conozco que si existiese mas de un año de mora en el pago del costo de mantenimiento PROCREARTE me lo notificará por carta documento, teniendo 30 días para regularizar la situación; de no ser deseado por mi parte o ante la falta de respuesta, SANATORIO ARGENTINO podrá proceder al descongelamiento de la/s muestra/s para su eliminación, la misma medida se tomará en caso de incapacidad o fallecimiento.

He realizado las preguntas que considero oportunas, y el médico me ha dado respuestas aceptables. Por lo tanto doy mi consentimiento para efectuar la criopreservación de mis espermatozoides.

Costo de Mantenimiento anual: u\$s 100.-

Firma del paciente.....

Aclaración.....

Documento.....

E- mail.....

Celular.....