



**SANATORIO ARGENTINO MATERNIDAD PRIVADA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CRIOPRESERVACION DE EMBRIONES**

Nombre y Apellido (paciente):	
Domicilio:	DNI
Localidad:	Teléfono:
Código Postal:	Móvil:
Provincia:	E-mail:
Nombre y Apellido (pareja/conviviente):	
Domicilio:	DNI
Localidad:	Teléfono:
Código Postal:	Móvil:
Provincia:	E-mail:

El/La/Los arriba indicados, concurriendo como (matrimonio/pareja/conviviente/mujer sin pareja) DECLARO/AMOS, luego de haber sido informados adecuadamente acerca de la congelación y el almacenamiento de embriones por el Dr/a:.....que AUTORIZAMOS a SANATORIO ARGENTINO a proceder al congelamiento y crio preservación de nuestros embriones producidos por un procedimiento de Reproducción Asistida.

El propósito de este congelamiento y conservación es su futura transferencia uterina.

El plazo de vigencia de este contrato es de 12 meses a partir de la fecha de congelamiento pudiendo ser renovado de mutuo acuerdo.

En caso de no utilizarlos en el futuro para mi/nuestro proyecto reproductivo, el destino que deseo/deseamos para los embriones será informado a Uds, procediendo a dar instrucciones por escrito sobre su destino.

En relación a esto último, hemos sido informado que los posibles destinos son: (a) donación con fines reproductivos; (b) donación con fines de investigación, (c) cese de su conservación sin otra utilización al finalizar el plazo máximo de conservación, todo ello en la medida que dichas opciones se encuentren contempladas en la regulación dictada o que pudiera dictarse en el futuro. En su defecto, los mentados destinos deberán ser autorizados por la autoridad competente, en cuyo caso liberamos a SANATORIO ARGENTINO de toda tramitación al efecto.

En caso de fallecimiento de uno de los cónyuges, el cónyuge superviviente decidirá el futuro de nuestros embriones.

Si durante el tiempo de vigencia de este convenio decidiéramos cambiar el lugar de la criopreservación de nuestros embriones notificaremos por escrito a SANATORIO ARGENTINO para que este proceda a la entrega de dichos embriones.

En caso que SANATORIO ARGENTINO decidiera cesar en su carácter de crioconservador de nuestros embriones, nos notificamos que se nos avisará con 30 días de anticipación tal decisión, a fin de arbitrar la solución necesaria.

En caso de vencimiento del plazo estipulado, nos notificamos que SANATORIO ARGENTINO, a través del Dr. intentará notificarnos fehacientemente y de no mediar respuesta, SANATORIO ARGENTINO podrá resolver su destino, siguiendo los

parámetros indicados en el párrafo anterior. Idéntica opción tendrá SANATORIO ARGENTINO si comprobara el fallecimiento de ambos cónyuges.

Liberamos de responsabilidad a SANATORIO ARGENTINO y sus profesionales por cualquier evento que pueda ocurrir durante el congelamiento, almacenaje y descongelamiento de nuestros embriones, debiendo no obstante ser notificados de lo sucedido.

Me/nos compromet/o/emos a mantener informado a SANATORIO ARGENTINO a través del Dr./a de mi/nuestros cambios de domicilio a fin de ser adecuadamente contactado/a/os.

En (lugar), a losdías del mes de de

Firma (Paciente):

Firma 2 (Cónyuge/Pareja/Conviviente):

Firma 3 (Médico):

SANATORIO ARGENTINO