

# ANEXO I

## Programa de Reproducción Humana Medicamentosa Asistida

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS SOLICITANTES

Hemos tenido oportunidad de preguntar y aclarar las dudas con relación a los tratamientos. Así mismo, afirmamos que hemos sido informados y entendemos que:

- Se nos ha brindado información completa por parte del centro tratante en relación a las diferentes prácticas de Reproducción Humana Asistida, con descripción concreta de las etapas que deben cumplimentarse en cada una de ellas, con sus riesgos específicos y las obligaciones a nuestro cargo para la consecución de los objetivos del tratamiento.
- Aunque el propósito del tratamiento es el resultado de un embarazo viable, no es posible dar y no se han dado garantías de éxito, más allá de una descripción de la eficacia relativa de los procedimientos en la consecución de los objetivos de un embarazo y las probabilidades de nacimientos vivos.
- Existen riesgos relacionados a los procedimientos (hiperestimulación ovárica, embarazo Tubario, torsión ovárica y otras patologías.
- Existen riesgos de embarazos múltiples asociados al tratamiento, así como defectos o malformaciones de nacimiento.
- La aplicación de estas técnicas, no incluye la posibilidad de problemas de: gestación, parto, complicaciones maternas o del recién nacido.
- Conocemos y aceptamos que se podría presentar mi retiro voluntario del tratamiento en cualquier momento y por cualquier razón.
- Entendemos que este consentimiento solo es válido para un ciclo de tratamiento.
- Conocemos y aprobamos el marco y alcance de la cobertura dispuesto por la Obra Social en relación a esta problemática.

Por lo tanto damos consentimiento para la realización de (marcar lo que corresponda):

Inducción de Ovulación -----   
Inseminación Intra Uterina -----   
FIV / ICSI -----

|                |                     |                |
|----------------|---------------------|----------------|
| _____<br>Firma | _____<br>Aclaración | _____<br>D.N.I |
| _____<br>Firma | _____<br>Aclaración | _____<br>D.N.I |

### CERTIFICACION MÉDICA

Certifico que antes del inicio del tratamiento y previamente a que los solicitantes firmen este documento:

- Yo o alguno de los miembros del equipo ha entregado información sobre la naturaleza, propósito, riesgo y beneficios así como las alternativas al tratamiento propuesto.
- Me he reunido con los solicitantes para discutir la información, dando la oportunidad de preguntar y he respondido satisfactoriamente a todas sus dudas.
- Creo que la información se ha entendido completamente, y se ha consentido en realizar el tratamiento propuesto.

|                |                     |                |
|----------------|---------------------|----------------|
| _____<br>Firma | _____<br>Aclaración | _____<br>D.N.I |
|----------------|---------------------|----------------|

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_