

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INSEMINACION INTRAUTERINA CON SEMEN DE DONANTE

Ciudad \_\_\_\_\_, Fecha \_\_\_\_\_

### IDENTIFICACION DE LA PACIENTE

\_\_\_\_\_, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de \_\_\_\_\_, identificada con C.C. \_\_\_\_\_, de grado de escolaridad \_\_\_\_\_

### IDENTIFICACION DE LA PAREJA

\_\_\_\_\_, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de \_\_\_\_\_, identificada con C.C. \_\_\_\_\_.

### ANTECEDENTES E INDICACION DEL PROCEDIMIENTO

Debido a las dificultades para lograr un embarazo con mi pareja, recibimos por parte de médicos especialistas la información referente a las posibles causas de infertilidad (ausencia completa de los espermatozoides en el semen, alteraciones de la calidad y/o cantidad de los espermatozoides, infertilidad de causa desconocida, alteraciones cromosómicas o genéticas, riesgo de transmisión de algunas patologías, entre otras), por tal razón se nos han puesto de presente diversas alternativas de técnicas de reproducción asistida para lograr el embarazo por nosotros deseado; Inseminación Artificial Intrauterina (IIU), Fertilización In Vitro y Transferencia Embrionaria (FIV-ET).

Dados los antecedentes y hallazgos reportados de los exámenes practicados a mi pareja y a mí, que muestran en el momento de su toma y análisis una ausencia y/o alteración en el número y concentración de espermatozoides móviles y la integralidad anatómica de la(s) trompas de Falopio, se nos presentó la técnica de **INSEMINACION ARTIFICIAL INTRAUTERINA CON SEMEN DE DONANTE** por parte de los médicos y demás integrantes de esta institución, por ser indicada a nuestro caso.

### DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO

Se nos informó que la **INSEMINACION ARTIFICIAL INTRAUTERINA (IUI) CON SEMEN DE DONANTE** consiste en el depósito que se realiza de manera artificial de los espermatozoides del semen de un donante en el interior de mi útero o matriz, en el momento próximo a la ovulación con la finalidad de conseguir un embarazo.

## **RIESGOS INHERENTES AL PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO**

Recibimos la información de los riesgos y complicaciones inherentes al tratamiento los cuales entre otros son: Embarazo Múltiple (la gestación de dos o mas fetos supone riesgos físicos tanto para la madre como para las criaturas); Síndrome de Hiperestimulación Ovárica (como resultado del tratamiento se pueden desarrollar un gran número de folículos, aumentar el tamaño del ovario y elevarse el nivel de estradiol en la sangre); Embarazo Ectópico (implantación del embrión fuera del útero); Infección del aparato genital femenino; Torsión Ovárica (rotación del ovario sobre el ligamento que lo sustenta, que produce un cuadro de dolor agudo que puede requerir intervención quirúrgica), Alteraciones Psicológicas (ansiedad o cambios emocionales).

## **RIESGOS DERIVADOS DEL EMBARAZO**

Declaramos haber sido informados y haber comprendido que el embarazo como resultado del tratamiento de INSEMINACION ARTIFICIAL INTRAUTERINA (IUI) CON SEMEN DE DONANTE comporta los riesgos propios de un embarazo natural tanto para la mujer gestante como para la criatura, como son entre otros; abortos espontáneos; defectos físicos y/o alteraciones mentales del(los) niño(s) nacido(s); riesgos de transmisión de enfermedades a la descendencia; riesgo de anomalías congénitas o enfermedades hereditarias.

## **ALCANCE DE LAS OBLIGACIONES DEL MEDICO TRATANTE Y DEL PERSONAL DE LA INSTITUCION**

Declaramos que entendemos y aceptamos que el procedimiento terapéutico de **INSEMINACION ARTIFICIAL INTRAUTERINA (IUI) CON SEMEN DE DONANTE** conlleva para el médico tratante y para el personal especializado de la institución una obligación de medio, más no de resultado.

Entendemos y así declaramos que no se ha garantizado el resultado de la obtención de un embarazo, ni tampoco se ha garantizado que el(los) producto(s) de la gestación este(n) exento(s) de cualquier tipo de enfermedad o alteración, por lo cual asumimos de manera consciente y voluntaria el resultado del procedimiento terapéutico de **INSEMINACION ARTIFICIAL INTRAUTERINA (IUI) CON SEMEN DE DONANTE**.

Entendemos y así lo manifestamos que la elección de los donantes no procede por nuestra voluntad, por ser esta decisión del equipo médico especializado de la institución, quienes procurarán la mayor similitud fenotípica e inmunológica posible con la mujer receptora, de acuerdo con el desarrollo actual de la ciencia.

Hemos sido informados sobre los protocolos de estudio de los donantes que se siguen para verificar su estado psicológico y físico, sus características fenotípicas, las condiciones clínicas y realizar los análisis necesarios para demostrar que no padecen enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas transmisibles a la descendencia, entendiendo que los médicos especialistas de la institución no pueden garantizar de manera exacta la ausencia total de patologías, cuya detección es de difícil o imposible previsión, dado el estado actual de la ciencia médica.

Declaramos haber recibido información sobre la gratuidad de la donación de gametos y sobre la confidencialidad de la identidad del donante que debe ser preservada por la institución. Manifestamos entender que los hijos nacidos tienen derecho a obtener información general de los donantes, sin incluir su identidad.

Nos fue puesto de presente que solo en circunstancias extraordinarias, por mandato legal podrá revelarse la identidad de los donantes, con carácter restringido según los fines que se persigan para garantizar la vida de los hijos o la salubridad pública.

Declaramos que exoneramos de responsabilidad por el advenimiento de las complicaciones y riesgos inherentes al procedimiento terapéutico de **INSEMINACION ARTIFICIAL INTRAUTERINA (IUI) CON SEMEN DE DONANTE**, así como de sus resultados al médico tratante y al equipo humano interviniente.

Declaramos que nos fue informado nuestro derecho a suspender el tratamiento en cualquiera de sus etapas, si así es nuestra voluntad y aceptamos las repercusiones derivadas del reinicio del tratamiento.

### **AUTORIZACION PARA LA REALIZACION DE LA INSEMINACION ARTIFICIAL INTRAUTERINA (IUI) CON SEMEN DE DONANTE**

Manifestamos que una vez recibida la información referente a la indicación, complicaciones, riesgos previstos e inherentes, y posibles resultados del procedimiento terapéutico, en pleno y normal uso de nuestras facultades mentales, otorgamos en forma libre mi consentimiento para que por intermedio del médico tratante, así como del personal especializado de la institución, practiquen en mí cuerpo un tratamiento de **INSEMINACION ARTIFICIAL INTRAUTERINA (IUI) CON SEMEN DE DONANTE**.

Declaramos que el médico tratante y demás facultativos de la institución están autorizados para realizar los procedimientos médicos adicionales conexos al tratamiento consentido, cuando en el curso de la intervención o del procedimiento se llegara a presentar una situación inadvertida o imprevista que a juicio del médico tratante deba realizarse en procura del bienestar de su paciente.

Declaramos haber tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas con relación al tratamiento y por ello suscribimos este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO para el procedimiento de INSEMINACION ARTIFICIAL INTRAUTERINA (IUI) CON SEMEN DE DONANTE.

---

Nombre, firma y huella Paciente  
**C.C.**  
Teléfono

---

Nombre, firma y huella Pareja  
**C.C.**  
Teléfono

---

Nombre, firma y registro médico