

RECEPCIÓN DE EMBRIONES CON FINES REPRODUCTIVOS

CONTRATO
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD



D^a.

mayor de edad, con DNI/Pasaporte nº , estado civil , y

D.

mayor de edad, con DNI/Pasaporte nº , estado civil , y con

domicilio en la ciudad de

calle nº C.P. País

concurriendo como (matrimonio/pareja de hecho/mujer sola)

En adelante, LA PARTE RECEPTORA), y el Dr.

Médico Ginecólogo, colegiado nº y DNI nº , en representación del

(en adelante, EL CENTRO).

Ambas partes se reconocen mutua capacidad legal para contratar y a tal efecto EXPONEN:

- 1) La información relativa a la técnica de reproducción asistida que se le va a realizar ha sido explicada ampliamente a LA PARTE RECEPTORA, así como el hecho de que dicha técnica implica contribución de embriones previamente donados al centro por otra mujer, y está científica y clínicamente indicada.
- 2) Que anteriormente a este acto, La PARTE RECEPTORA ha suscrito el **“Documento Informativo sobre Recepción de Embriones”**, que he leído, comprendido y suscrito. En consecuencia, he recibido información sobre las siguientes cuestiones:
 - Información y asesoramiento sobre la descongelación y utilización de los embriones previamente criopreservados, en sus aspectos biológicos, jurídicos y éticos.
 - La indicación, procedimiento, probabilidades de éxito, riesgos, contraindicaciones y complicaciones del tratamiento propuesto.
 - La disposición del personal sanitario para ampliar cualquier aspecto de la información que no haya quedado suficientemente aclarado.
 - La obligación de renovar o modificar periódicamente mi consentimiento respecto de los embriones criopreservados, así como de comunicar al centro cualquier cambio de domicilio o circunstancia personal que pueda afectar a su destino.

- Los posibles riesgos que se pueden derivar de la maternidad a una edad clínicamente inadecuada, tanto para la mujer durante el tratamiento y el embarazo, como para la descendencia.
- Información relativa a las condiciones económicas del tratamiento.

3) La indicación médica del tratamiento viene determinada en mi/nuestro caso por

y dentro de las alternativas de tratamiento expuestas, he/hemos comprendido que la técnica más adecuada es la que aquí consiento/consentimos.

4) El equipo médico me/nos ha informado también de los siguientes riesgos relacionados con mis/nuestras circunstancias personales:

5) Autorizo/Autorizamos y consiento/consentimos la transferencia de un máximo de (uno, dos o tres) preembriones.

6) Que de **no utilizarlos** en el futuro para nuestro proyecto reproductivo común, el destino que desearíamos para los posibles preembriones congelados sobrantes sería: (marcar lo que proceda)

- donación con fines reproductivos
- donación con fines de investigación
- cese de su conservación sin otra utilización al finalizar el plazo máximo de conservación.

7) Sin perjuicio de lo manifestado, mediante el presente documento se formaliza la donación de los citados embriones por parte del Centro a la PARTE RECEPTORA, a la que se recuerda también el carácter gratuito, secreto y anónimo de la donación de embriones y su naturaleza de acto voluntario, altruista y desinteresado.

8) Asimismo, conforme previene la Ley 14/2006, se le informa expresamente acerca de la limitación del estudio de la pareja originaria de los embriones, además de hacerle constar que a la misma se le realizaron los estudios previstos en la citada norma.

9) Por último, se le/les informa de que los datos de identidad de los donantes son custodiados en el más estricto secreto y en clave en el banco de datos del Centro y, según prevé la ley, han de serlo también en el 'Registro Nacional de Donantes de Gametos y Embriones con fines de reproducción humana'. Este Registro nacional consiste en un registro único formado por las bases de datos de cada centro o servicio autorizado por la Comunidad Autónoma respectiva, mediante su agregación en una Base Central administrada por el Ministerio de Sanidad y Consumo. En dicho Registro deben ser recogidos, tratados y custodiados en la más estricta confidencialidad, y de acuerdo con la normativa y de protección de datos vigente, los datos de los donantes y receptoras.

ACEPTACIÓN DE LA DONACIÓN:

La PARTE RECEPTORA acepta del Centro la donación de embriones referida, y autoriza el empleo de los mismos en la técnica de reproducción asistida que ha admitido previamente.

El contenido del presente documento refleja el estado actual del conocimiento, y por tanto, es susceptible de modificación en caso de que así lo aconsejen nuevos hallazgos o avances científicos.

Según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, mis datos de carácter personal y sanitario quedarán registrados en un fichero propiedad del centro _____ pudiendo ser utilizados y cedidos única y exclusivamente a los efectos de la actuación encargada, gozando de los derechos de acceso, rectificación y cancelación. Todos los datos que se derivan del proceso quedarán reflejados en la correspondiente historia clínica, que será custodiada en las instalaciones de la entidad para garantizar su correcta conservación y recuperación.

NOTA: La clínica hará todo lo posible para mantener el almacenaje de las células/tejidos en condiciones óptimas, pero no se hará responsable de la pérdida de viabilidad de los mismos debido a desastres naturales u otras emergencias que estén fuera del control de la clínica. Debe conocer que sus embriones podrían ser trasladados a una localización alternativa en caso de una situación de emergencia (inundaciones, disturbios, fuego, situaciones violentas –armas-, amenazas/ataques terroristas, gas u otras explosiones, terremotos, etc.).

En a de de

Fdo.
(El Director del CENTRO o delegado)

D.N.I.

Fdo.
(LA PARTE RECEPTORA)

D.N.I.

ANEXO para la pareja:

D. mayor de edad, provisto de DNI nº

en este acto presto mi consentimiento a que en el caso de que falleciera con anterioridad a que mi material reproductor se halle en el útero de D^ª.

pueda ésta, en los 12 meses siguientes a mi fallecimiento, proceder a fecundarse con el mismo, y que se determine la filiación del hijo nacido conmigo.

En a de de

Fdo. El/La Médico/a (Col.nº)

Firma D.

ANEXO para la VARIACIÓN del destino de los preembriones criopreservados

D^a.

mayor de edad, provista de DNI / pasaporte nº y domicilio en la calle/plaza

de

D.

mayor de edad, provisto de DNI / pasaporte nº y domicilio en la calle/plaza

de

en este acto solicito/solicitamos la modificación del destino de mi/nuestros preembriones sobrantes/criopreservados y consiento/consentimos en que el nuevo destino sea (utilización por la propia mujer/donación con fines reproductivos/donación con fines de investigación,/cese de su conservación sin otra utilización una vez finalizado el plazo máximo de conservación):

En a de de

Fdo. El/La Médico/a (Col.nº)

Fdo. D^a.

Fdo. D.