

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	INSEMINACIÓN ARTIFICIAL
Página 3 de 37	02

En _____ a _____ de _____ de 20____
(Lugar y fecha)

(Nombre de la paciente)

Consiento en que la el (la) doctor (a): _____
y los asistentes que él (ella) designe, me realicen una o más INSEMINACIONES ARTIFICIALES
con el propósito de conseguir quedar embarazada.

Entiendo que este tratamiento consiste en la administración de diferentes medicamentos bajo supervisión médica (ecográfica y/ o controles sanguíneos hormonales) con el fin de lograr que mis ovarios ovulen y en el momento de detectar la ovulación la colocación dentro de mi matriz del semen preparado de:

para producir mi fecundación y tratar de iniciar un nuevo embarazo. Posiblemente serán necesarios varios meses de tratamiento y cambios y ajustes de los medicamentos.

Entiendo que este tratamiento no garantiza el lograr un embarazo, pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta y por lo tanto los que la siguen no pueden garantizar resultados que no dependen exclusivamente del medico, debiendo ellos colocar toda su pericia en tratar de obtener los mejores resultados.

También he entendido que existen otros tipos de tratamiento como:

los cuales no acepto y voluntariamente he elegido este método.

Entiendo que pueden aparecer complicaciones tales como: mareo, dolor, infecciones, embarazo múltiple, hiperestimulación ovárica moderada, torsión de los ovarios o roturas de quistes foliculares, los cuales necesitarán resecciones parciales y muy raramente extracción total del ovario, y embarazo ectópico que necesitará la resección parcial de la trompa. La posibilidad de complicaciones como contaminación con PAPILOMA VIRUS o SIDA (cuando el semen es de donante), hiperestimulación ovárica severa con descompensación generalizada y muerte son raras, pero como en toda situación vital, existe un riesgo excepcional de morir derivado del tratamiento médico aquí indicado o de la situación vital de cada paciente.

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	INSEMINACIÓN ARTIFICIAL
Página 4 de 37	02

Entiendo también que los hijos concebidos por este método, como lo normal de la población humana, tienen posibilidad de nacer con defectos físicos o mentales y que la ocurrencia de estos defectos es independiente del control médico, por consiguiente asumo la responsabilidad por las características físicas y mentales de los hijos que nazcan como resultado de este tratamiento. Entiendo también que mi embarazo tendrá los riesgos de la población general en la cual aproximadamente el 20% termina en aborto y otras complicaciones obstétricas como: parto prematuro, toxemia, ruptura de membranas, etc.

En mi caso particular, el (la) doctor (a) me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

Manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción. Manifiesto que he entendido sobre las condiciones y objetivos del tratamiento que se me va a practicar, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento médico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice INSEMINACIÓN ARTIFICIAL CON EL SEMEN DE:

Paciente

Testigo

Nombre _____

Nombre _____

Firma _____

Firma _____