

Massachusetts Department of Public Health
Departamento de Salud Pública de Massachusetts
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UN
TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD QUE INVOLUCRA LA EXTRACCIÓN
DE ÓVULOS

Nombre del establecimiento: _____

Nombre de la paciente: _____

Número de identificación de la paciente: _____

La paciente abajo firmante:

- (1) Ha recibido, examinado y entiende el folleto informativo titulado "Extracción de óvulos", distribuido por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts.
- (2) Ha consultado con su médico o proveedor de cuidados de salud acerca de los procedimientos generales involucrados en la extracción de óvulos y acerca de su situación médica específica.
- (3) Ha recibido y leído el Consentimiento para Tratamiento/Formulario de Consentimiento Informado (Formulario de Consentimiento Informado del Proveedor de Cuidados de Salud) proporcionado por el médico o proveedor de cuidados de salud, que explica el procedimiento, el proceso y los riesgos que acarrea la extracción de óvulos. (Se adjunta a este documento una copia del Formulario de Consentimiento Informado del Proveedor de Cuidados de Salud).
- (4) Entiende el procedimiento, el proceso y los riesgos, según se explica en el folleto titulado "Extracción de óvulos" y el Formulario de Consentimiento Informado del Proveedor de Cuidados de Salud.
- (5) Consiente en que se lleve a cabo el procedimiento o proceso descrito en el Formulario de Consentimiento Informado del Proveedor de Cuidados de Salud.

Notas: El médico o proveedor de cuidados de salud completará esta sección y detallará cualquier información médica, procedimiento alternativo, medicina, dispositivo, consideración o riesgo que sean relevantes al consentimiento informado por parte de la paciente específica para que se lleve a cabo el procedimiento. Si fuera necesario, se deberían usar páginas adicionales.

Nombre de la paciente en letras de molde: _____

Firma de la paciente: _____

Nombre del médico/proveedor de cuidados de salud en letras de molde: _____

Firma del médico/proveedor de cuidados de salud: _____ **Fecha:** _____

Un médico u otro proveedor de cuidados de salud que esté tratando a una mujer mediante un procedimiento a través del cual se tiene la intención de extraer óvulos, deberá darle a la paciente este formulario o una copia legible del mismo y deberá guardar una copia firmada de este documento en el archivo de la paciente.