

CONSENTIMIENTO
INFORMADO
INFORMACIÓN COVID-19



Hoy, _ _ _ _ _ del mes de _ _ _ _ _ del año 20__ , yo quien firmo al pie del presente instrumento, manifiesto ser mayor de edad, después de haber sido adecuada y previamente informada, a través del presente documento expreso mi voluntad de recibir muestras de semen criopreservado de parte de Cryobank en las condiciones acordadas, y manifiesto tener conocimiento sobre las especiales circunstancias en el presente contexto de la pandemia de COVID-19.

Comprendo que las mujeres embarazadas son naturalmente un grupo de riesgo ante casos de epidemia, y por esta razón he sido informada sobre las medidas que el Ministerio de Salud de la Nación recomienda en lo referente a Fertilización Asistida.

Comprendo que dado el reciente surgimiento en el mundo de la enfermedad que provoca esta pandemia, no se conocen aún los efectos que el COVID-19 podría tener en el primer trimestre de embarazo o en el niño y Cryobank no puede, por lo tanto, predecirlos en el caso que existieran.

Manifiesto conocer y comprender la información que me fue dada y que consta en el presente documento.

Firma de la receptora

Aclaración_ _ _ _ _
D.N.I _ _ _ _ _

Consentimiento Informado
suscripto en presencia de _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
el día _ _ _ _ de _ _ _ _ _ de 20__.

*Se emiten y firman 2 (dos) copias de este acuerdo.