

## RESGUARDO Y PRESERVACIÓN DE DATOS

A través del presente documento, con fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_, **CRYOBANK** se compromete a resguardar los datos del donante de semen cuya muestra se utilizó en el tratamiento realizado por \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_ y por \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_, con fecha \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_, durante un lapso de 25 años a partir de la fecha de firma del presente escrito.

Informamos que con base en los artículos 563 y 564 del Código Civil y Comercial de la Nación - reformado en el año 2015- en lo referente a la información relativa a que la persona ha nacido por el uso de técnicas de reproducción humana asistida con gametos de un tercero ajeno al proyecto parental y los supuestos en los que esa información puede darse a conocer, **CRYOBANK** resguarda y preserva la información concerniente a los donantes de semen.

Para ello utiliza dos tipos de soporte: papel y digital. En formato papel, los documentos se guardan en una carpeta que se archiva en la Institución. Y en formato digital, la información se guarda en un dispositivo físico (computadora) y se almacena en un espacio virtual (nube).

Se da así cumplimiento con la Resolución N° 1305 dictada por el Ministerio de Salud en el año 2015 en lo referente a su prescripción para bancos de semen y de ovocitos, de contar con un registro por duplicado de sus donantes, los cuales deben ser guardados en dos lugares por separado.

**CRYOBANK** se responsabiliza de la guarda, custodia y confidencialidad de dicha información de forma adecuada y tomando todos los recaudos necesarios para tal fin según lo descripto en los párrafos previos, salvo en el caso de la aparición de un hecho de fuerza mayor, imprevisible, o que excediera los cuidados que **CRYOBANK** pueda tomar.

Firman en conformidad con lo descripto en el presente escrito:

En representación de **CRYOBANK**

NOMBRE \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN \_\_\_\_\_

Paciente:

NOMBRE \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN \_\_\_\_\_

Paciente:

NOMBRE \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN \_\_\_\_\_