



TRANSFERENCIA DE MUESTRAS DE RTL Y
AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE
DATOS MÉDICOS -

Todos los tipos de Tejidos/Muestras

Nombre del Cliente(s)
Depositante(s):

El Cliente(s) Depositante(s) suscrito(s) solicita(n) la transferencia de sus muestras de tejido reproductivo de ReproTech LLC (RTL) al
médico/ clínica/ "centro" que se indica a continuación de acuerdo con las políticas y procedimientos actuales de RTL.
Se entiende que el centro reconoce esta solicitud y aceptará la transferencia de las muestras de tejido reproductivo. Además, el Cliente Depositante
reconoce que durante la transferencia pueden ocurrir eventos fuera del control de RTL y del centro, y todas las partes entienden que ni el centro ni
RTL son responsables de ninguna pérdida en conexión o relacionada con el envío de las muestras de tejido reproductivo.

Por la presente autorizo (autorizamos) la transferencia de mis (nuestras) muestras de tejido reproductivo; (1) de RTL al centro para un procedimiento
anticipado de Tratamiento de Reproducción Asitid (TRA)/o Fertilización In Vitro (FIV), y (2) del centro a RTL de muestras no utilizadas, si aplica.
Entiendo (entendemos) que RTL y el centro no pueden verificar ni garantizar la viabilidad de las muestras de tejido reproductivo transferidas que se
almacenan en el centro. Estoy (estamos) de acuerdo en eximir a RTL de toda responsabilidad por cualquier reclamo por daños a las muestras de
tejido reproductivo que surjan de actos u omisiones antes de la posesión por parte de RTL de dichas muestras. Estoy (estamos) de acuerdo en que
RTL no será responsable de los errores, incluyendo los errores de etiquetado de las muestras, que ocurran antes de que RTL acepte las muestras para
su almacenamiento. He (hemos) leído y entendido las políticas anteriores y por la presente autorizo (autorizamos) a RTL a entregar mis (nuestras)
muestras de tejido reproductivo al centro. Autorizo (autorizamos) a RTL a divulgar al centro datos médicos, que incluyen, entre otros: datos
personales biográficos, datos de pruebas de serología/ virología y datos de procesamiento/criopreservación de muestras. Esto incluye información
sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y el complejo relacionado con el SIDA
(ARC), según lo definen las reglas del Departamento de Salud Comunitaria (Ley Pública 174 de 1989).

Tipo de tejido a transferir de RTL
Marque qué tipo(s) de tejido(s) reproductivo
desea transferir de RTL al centro:
Embrión Embrión de Donador
Esperma/Semen Semen de Donador
Ovocitos/Óvulos Óvulos de Donador
Tejido Testicular Tejido Ovárico
Otro:

Información de la clínica receptora
Nombre, dirección y número de teléfono de la clínica a la que se
transferirá su tejido reproductivo:
Nombre de la Clínica:
Domicilio de la Clínica
Ciudad, Estado, Código Postal:
Teléfono de la Clínica: ()

Si la transferencia involucra gametos de donantes o embriones creados a partir de gametos de donantes, la parte receptora comprende que RTL ha
recomendado que se contacte al centro que originalmente proporcionó los gametos de donantes antes de iniciar un nuevo embarazo para obtener
información actualizada sobre cualquier condición genética o médica que se pueda haber informado desde la compra de los gametos del donante y
que pueden tener un efecto adverso en el embarazo, la parte receptora y/o la descendencia. RTL recomienda encarecidamente que los Clientes
Depositantes obtener asesoramiento jurídico privado sobre los derechos, obligaciones y responsabilidades de la relación con respecto a la
descendencia, ya que estos derechos pueden variar según el estado.

Información de la parte Receptora
Declaro (declaramos) que el motivo de la transferencia de la
muestra es para el almacenamiento a corto plazo en el centro,
seguido del uso de la muestra por la siguiente persona:
Nombre de la parte Receptora:
Domicilio:
Teléfono: ()

Relación de la parte Receptora con el/los Cliente(s)
Depositante(s)
Marque qué opción describe su relación con la receptora:
La parte receptora es:
El Cliente Depositante Mi pareja sexualmente íntima
Receptor de Donación Mi (nuestro) portador/
sustituto gestacional
Yo (nosotros) estoy/estamos de acuerdo en notificar a RTL si el
estado de la relación con la parte receptora cambia antes de la
transferencia.

SELECCIONE UNA OPCIÓN EN CADA SECCIÓN A CONTINUACIÓN: SECCIONES I, II Y III.

Para muestras transportadas por personal de RTL: Tenga en cuenta que ReproTech proporciona automáticamente una cobertura de
responsabilidad civil para el envío de muestras cuando el personal de RTL proporciona el transporte.

Para muestras transportadas por terceros: La siguiente sección debe completarse si las muestras deben enviarse o en el caso de que las
muestras no puedan ser parte de una transferencia regular por parte del personal de RTL.

Los Clientes Depositantes tienen varias opciones para mitigar los riesgos inherentes al envío de tejido reproductivo, incluyendo el uso de dos
contenedores de envío y la compra opcional de una cobertura de responsabilidad civil para el envío de muestras. La mayoría de los envíos se hacen
por United Parcel Service (UPS). Yo/Nosotros hemos revisado la información recomendada de cobertura de responsabilidad civil para el envío de
muestras (página 3) y he (hemos) hecho mi/nuestra selección en la página 2.

Opciones de Cobertura de Responsabilidad Civil para el envío de Muestras

I. Debe seleccionar una de estas dos opciones colocando una marca en el cuadro adyacente a su elección.

Entiendo y acepto que, sin la compra de la cobertura de responsabilidad civil para el envío de muestras adicional, la compensación por la pérdida de tejido o la integridad del tejido durante las transferencias podría potencialmente limitarse a un máximo de \$ 100 (USD) y que otros servicios de mensajería pueden no proporcionar ninguna compensación de responsabilidad.

Comprar: Elegí (elegimos) comprar una cobertura de responsabilidad civil para el envío de muestras al nivel de \$35,000 como se describe en la página 3; tenga en cuenta que las tarifas están sujetas a cambios. Entiendo/entendemos que esta cobertura de responsabilidad civil adicional es para costos de reemplazo de procedimientos reales de hasta \$35,000 y que solo cubre el tejido contra pérdida o pérdida de integridad debido a un evento que ocurre durante el envío. Entiendo/entendemos que el pago de la cobertura de responsabilidad civil para el envío de muestras se debe realizar antes del envío para que el servicio esté en vigor.

Rechazar: Rechazo (rechazamos) comprar una cobertura de responsabilidad civil para el envío de muestras. Acepto/aceptamos eximir de responsabilidad a RTL por cualquier reclamo por pérdida de tejido, integridad de tejido o viabilidad de muestras de tejido reproductivo debido a un evento que ocurra durante el envío.

Opciones de Contenedor de envío

II. Debe seleccionar una de estas dos opciones de contenedor de envío colocando una marca en el cuadro adyacente a su elección.

Solicito/solicitamos que mis/nuestras muestras de tejido reproductivo se dividan en dos contenedores de envío para mayor seguridad durante el envío y entiendo que un envío a través de dos contenedores **incurrirá en una tarifa de envío adicional** según el [sitio web de RTL](#). Esta opción solo está disponible si las muestras de tejido reproductivo se criopreservan en más de un contenedor.

Declino/declinamos el uso de dos tanques de envío y aceptamos los riesgos potenciales relacionados con el uso de un solo tanque.

Riesgo de Enfermedades Infecciosas

III. Debe seleccionar una de estas dos opciones de Riesgo de enfermedades infecciosas colocando una marca en el cuadro adyacente a su respuesta.

No recolecté/recolectamos ni cree/creamos estas muestras durante algún evento de transmisión del virus del Zika. Entiendo (entendemos) que se puede encontrar información adicional sobre el Zika en el sitio web de los CDC (www.cdc.gov) que incluye cómo la infección por Zika puede afectar a la descendencia.

Reconozco/reconocemos que las muestras solicitadas tienen un riesgo posible y/o conocido del virus del Zika. Entiendo (entendemos) que RTL requerirá un consentimiento informado adicional de nuestra clínica receptora antes del envío.

Este formulario debe estar firmado por ambas partes (si aplica) en presencia de un notario público. El notario debe firmar, fechar y sellar dos veces (si aplica). Un notario público u otro funcionario que complete este certificado verifica solo la identidad de la persona que firmó este documento y no la veracidad, exactitud o validez de este documento.

Yo/Nosotros reconocemos que yo/nuestro tejido y/o muestras no utilizadas pueden ser devueltas a RTL para su almacenamiento continuo a largo plazo después del procedimiento bajo la dirección de la instalación o del Cliente depositante. Antes del uso de muestras para procedimientos de TAR, la facilidad obtendrá el consentimiento informado documentado del receptor designado sobre los riesgos de enfermedades transmisibles, las condiciones genéticas potenciales y/o otra información relevante que resulte de la selección.

<p>Cliente Depositante</p> <p>Nombre legible: _____</p> <p>Firma: _____</p>	<p>Cocliente Depositante</p> <p>Nombre legible: _____</p> <p>Firma: _____</p>
<p>Notario Público</p> <p>Suscrito y jurado (o afirmado) ante mí el día _____ del mes de _____, 20____, _____</p> <p style="text-align: center;">Nombre legible del Cliente-Depositante</p> <p>me demostró, sobre la base de pruebas satisfactorias, que era(n) la(s) persona(s) que compareció/comparecieron ante mí.</p> <p>Estado/Territorio Autónomo: _____</p> <p>Condado de: _____</p> <p style="text-align: center;">_____ Firma del Notario Público</p> <p>Sello o Timbre Notarial:</p>	<p>Notario Público</p> <p>Suscrito y jurado (o afirmado) ante mí el día _____ del mes de _____, 20____, _____</p> <p style="text-align: center;">Nombre legible del Cocliente-Depositante</p> <p>me demostró, sobre la base de pruebas satisfactorias, era(n) la(s) persona(s) que compareció/comparecieron ante mí.</p> <p>Estado/Territorio Autónomo: _____</p> <p>Condado de: _____</p> <p style="text-align: center;">_____ Firma del Notario Público</p> <p>Sello o Timbre Notarial:</p>

Solo Personal De ReproTech: Document reviewed by: _____

Firma de Personal de ReproTech, LLC

Fecha: _____



Cobertura de Responsabilidad Civil para el envío de Muestras

ReproTech LLC, líder en almacenamiento a largo plazo de tejidos reproductivos, ofrece un programa de protección de envío de muestras disponible exclusivamente para nuestros clientes. Si bien se toman todas las precauciones y todos los esfuerzos para garantizar la entrega segura y oportuna de las muestras, pueden ocurrir accidentes de envío. La **cobertura de responsabilidad civil para el envío de muestras** proporciona una solución económica para ayudar a minimizar el impacto financiero de un evento adverso durante el envío.

Protección contra:

- Muestras dañadas debido a contenedores de envío dañados o destruidos*
- Muestras dañadas debido a un cambio drástico de temperatura *

* Si se compra la cobertura y se presenta un reclamo, se aplicarán los términos y condiciones reales de la póliza; la protección comienza una vez recibida por el transportista designado y termina una vez recibida en el destino final.

La siguiente opción de cobertura asequible está disponible si se selecciona en el momento de la Autorización de transferencia de muestras:

La **cobertura de responsabilidad civil para el envío de muestras** pagará los gastos de bolsillo asociados con el costo de reemplazo del tejido reproductivo perdido o dañado, hasta un costo total que no exceda los \$ 35,000.00. Se entiende y se acuerda que en caso de que no sea posible un segundo procedimiento, este plan de protección reembolsará el costo del procedimiento original, hasta el límite previsto, y no excederá el costo real del procedimiento original.

Cargo total de \$50.00

Las tarifas están sujetas a cambios.

ReproTech no puede verificar ni garantizar la viabilidad de las muestras que se envían.



Florida 888-953-9669

Minnesota 888-489-8944

info@reprotech.com

www.reprotech.com

Nevada 888-831-2765

Texas 888-350-3247

BJS DIS-100

Transferencia de muestras de RTL y autorización de divulgación de datos médicos:
todos los tejidos/tipos de muestras

Revisión: P

Página 3 de 3

Fecha efectiva: 12/02/2021