

 <p>ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO</p>	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	1 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FFO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre" 
Elaboró	Revisó	Aprobó

	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	2 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CCO-FPO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

CONTENIDO

I. Objetivo	3
II. Políticas de Operación.....	3
III. Descripción y diagrama de Flujo.....	5
IV. Registros	8
V. Referencias.....	8
VI. Glosario.....	8
VII. Relación de Anexos.....	9
VIII. Resumen de Cambios.....	9
IX. Anexos.....	10

Dra. Zoé Gloria Sandoval García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"
Elaboró	Revisó	Aprobó

	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	3 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-PRO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

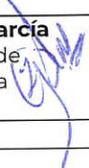
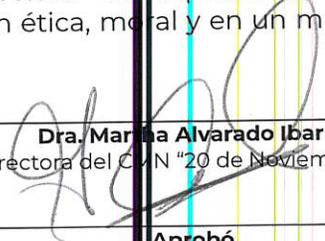
I. Objetivo

Estandarizar el procedimiento para la preservación de la fertilidad en pacientes oncológicos con posibilidad de criopreservar células germinales (espermatozoides u ovocitos) o embriones, para que tengan la posibilidad de lograr un embarazo en el futuro, mediante las Técnicas de Reproducción Medicamente Asistida establecidas.

II. Políticas de operación

1. La Jefatura de Servicio de Reproducción Humana será la responsable de:
 - 1.1 Evaluar las condiciones médicas y psicológicas del paciente oncológico propuesto como posible candidato al procedimiento de preservación de la fertilidad por parte de su Unidad Médica de adscripción, mediante el formato SM-1-17 Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes (anexo 1) o a través de interconsulta de otro servicio del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".
 - 1.2 Coordinar la aplicación de las Técnicas de Reproducción Medicamente Asistida de Alta Complejidad, que son la Fertilización In-Vitro (FIV-TE), Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI) y Transferencia de Embriones Descongelados (FET).
 - 1.3 Las técnicas de reproducción médicamente asistida; de acuerdo a los criterios médicos, podrán realizarse, en las personas cuya valoración médica previa así lo permita y cuando se hayan realizado pruebas de reserva ovárica y éstas se encuentren dentro de los parámetros médicos establecidos.
2. El médico adscrito al Servicio de Reproducción Humana será responsable de:
 - 2.1 Evaluar al paciente mediante interconsulta o con referencia de su Unidad Médica de adscripción, para contar con los elementos necesarios y determinar el tipo de estimulación y Técnica de Reproducción Médicamente Asistida viable, de acuerdo a la situación del paciente, pudiendo ofrecerse criopreservación de células germinales (espermatozoides u ovocitos) o tejidos y de embriones cuando se cuente con ambas células germinales (óvulos y espermatozoides). Estos últimos procedimientos se llevan a cabo en el Laboratorio de Reproducción Asistida.
 - 2.2 Vigilar que el área de reproducción asistida y el laboratorio de reproducción asistida, obtengan el consentimiento informado, Consentimiento Informado para la Criopreservación de Embriones (anexo 2), Consentimiento Informado para la Criopreservación de Espermatozoides (anexo 3) y Consentimiento Informado para la Criopreservación de Ovocitos (anexo 4) Consentimiento Informado para la Criopreservación de Tejido Testicular (anexo 5).

Se brindará apoyo psicológico durante su permanencia dentro del servicio, asimismo, después de concluido el procedimiento el paciente continuará el tratamiento de su patología oncológica en el servicio o unidad de referencia correspondiente. Se brindarán los tratamientos indicados de alta tecnología con ética, moral y en un marco legal.

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Mariana Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre" 
Elaboró	Revisó	Aprobó

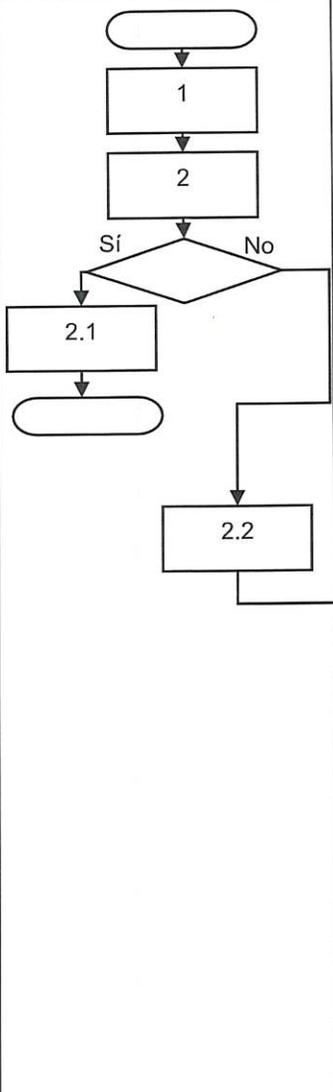


Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	4 de 47	
Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

3. El Servicio de Reproducción Humana definirá la técnica óptima para preservar la fertilidad de acuerdo a la edad del paciente.
4. El Servicio de Reproducción Humana realizará como parte del tratamiento de preservación, la vitrificación ovocitaria o embrionaria de acuerdo al diagnóstico y pronóstico del paciente, tomando en cuenta que no deberá exceder un máximo de 3 ciclos estimulados.
5. La Jefatura de Servicio de Reproducción Humana deberá informar al paciente y/o a las personas sujetas al tratamiento que podrán optar por el retiro de sus células germinales y/o embriones siempre y cuando se cumpla con el protocolo de traslado a otra Clínica Especializada en Reproducción, utilizando el formato de *Solicitud de terminación de Custodia de los embriones* al área de reproducción asistida del Servicio de Reproducción Humana (*anexo 6-A*), o el formato de *Solicitud de terminación de Custodia de ovocitos* al Área Reproducción Asistida del Servicio de Reproducción Humana (*anexo 6-B*) o continuar con la transferencia de los embriones criopreservados en el Laboratorio de Reproducción Asistida del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.
6. Los pacientes y/o personas sujetas al tratamiento que finalizan su tratamiento oncológico y que cuentan con células germinales o embriones criopreservados podrán solicitar a su unidad médica de adscripción o al servicio interconsultante, su referencia administrativa o envío al Servicio de Reproducción Humana para continuar con el procedimiento de Reproducción Medicamente Asistida propuesta.
7. El médico adscrito realizará el procedimiento de reproducción asistida – transferencia de embriones descongelados en los pacientes referidos posterior a finalizar su tratamiento oncológico previa evaluación clínica, con la finalidad de buscar un embarazo. el diagnóstico de embarazo se realizará a través de la detección de fracción beta de hCG (*hormona Gonadotropina Coriónica Humana*) en la paciente.
8. El médico adscrito realizará un segundo o tercer procedimiento de transferencia de embriones descongelados (de acuerdo al número y calidad de los embriones) en los pacientes que no logran el embarazo en un primer intento y aún cuentan con embriones criopreservados. En caso de no contar con embriones congelados se elaborará la contrarreferencia administrativa a su Unidad Médica de adscripción independientemente si se logró o no el embarazo.
9. La Jefatura de Servicio de Reproducción Humana deberá informar a los pacientes que deberán asistir en forma anual, a firmar el formato de renovación para continuar el proceso de criopreservación.

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"
Elaboró	Revisó	Aprobó

 ISSSTE <small>INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO</small>	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	5 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Actividad	Responsable	
	Médico del Servicio de Reproducción Humana	Responsable del Laboratorio de Reproducción Asistida
<p>Inicia el Procedimiento</p> <p>1. Recibir al paciente referido de la Unidad Médica de Adscripción o del servicio de interconsulta del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.</p> <p>2. Revisar y evaluar la información clínica de los pacientes candidatos a preservación de la fertilidad de acuerdo con la política 2.1</p> <p>¿El paciente es del sexo femenino?</p> <p>2.1. Sí: Realizar ciclo de estimulación con obtención de ovocitos y criopreservación de conformidad con la política de operación número 4 y elabora contrarraferencia a su Unidad Médica o servicio interconsultante. Termina Procedimiento.</p> <p>2.2. No. Solicitar valoración espermática, mediante muestra seminal, informa al paciente y verifica firma de documento <i>Consentimiento Informado para la criopreservación de espermatozoides</i> (anexo 3).</p> <p>3. Evaluar la muestra que será criopreservada.</p> <p>¿La muestra es adecuada para su criopreservación?</p> <p>3.1. Sí. Realizar preparación y criopreservación de muestra de semen. Continúa en la actividad 8.</p> <p>3.2 No. Informar que la calidad de la muestra de semen no cuenta con las condiciones adecuadas y envía a médico adscrito para valorar la posibilidad de congelación del tejido testicular.</p>	 <pre> graph TD Start([Inicio]) --> 1[1] 1 --> 2[2] 2 --> D1{¿El paciente es del sexo femenino?} D1 -- Sí --> 2.1[2.1] 2.1 --> End1([Fin]) D1 -- No --> 2.2[2.2] 2.2 --> 3[3] 3 --> D2{¿La muestra es adecuada para su criopreservación?} D2 -- Sí --> 3.1[3.1] 3.1 --> 1((1)) D2 -- No --> 3.2[3.2] 3.2 --> A{A} </pre>	

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre" 
Elaboró	Revisó	Aprobó

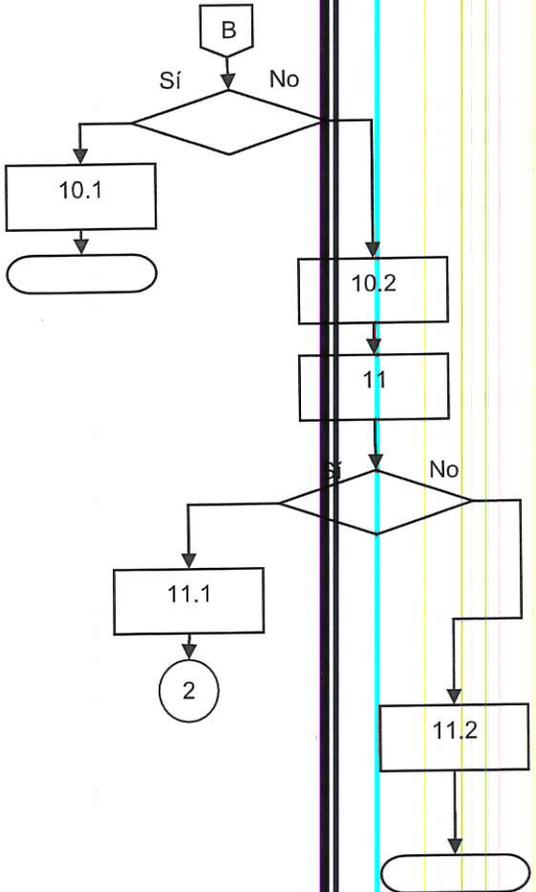


Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	6 de 47	
Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Actividad	Responsable	
	Responsable del Laboratorio de Reproducción Asistida	Médico del Servicio de Reproducción Humana
<p>4. Recibir informe para la posibilidad de congelación del tejido testicular.</p> <p>5. Realizar proceso de Consentimiento Informado, verificando que se firme el Consentimiento informado para autorización de criopreservación de tejido testicular (anexo 5).</p> <p>6. Realizar cirugía y envía la muestra al Laboratorio.</p> <p>7. Evaluar la muestra de tejido testicular.</p> <p>¿La muestra es adecuada para su criopreservación?</p> <p>7.1 No. Informar que la muestra no es adecuada y realiza la contrarreferencia del paciente a su Unidad Médica de Adscripción o se envía al servicio interconsultante. Termina procedimiento</p> <p>7.2. Si. Realizar la criopreservación de tejido testicular. (Utilización de células germinales y/o embriones criopreservados.)</p> <p>8. Revisar que el paciente cuente con células germinales o embriones criopreservados para su evaluación de acuerdo con la política de operación 6.</p> <p>9. Realizar el procedimiento de Reproducción Medicamente Asistida e informa al paciente y/o persona sujeta al tratamiento el resultado.</p> <p>10. Llevar a cabo seguimiento y control hasta la realización de la fracción beta de hCG (prueba de embarazo).</p>	<pre> graph TD A[A] --> 4[4] 4 --> 5[5] 5 --> 6[6] 6 --> 7[7] 7 --> D{¿La muestra es adecuada para su criopreservación?} D -- No --> 7.1[7.1] 7.1 --> End([]) D -- Si --> 7.2[7.2] 7.2 --> 8[8] 1((1)) --> 8 2((2)) --> 8 8 --> 9[9] 9 --> 10[10] 10 --> B[B] </pre>	

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"
Elaboró	Revisó	Aprobó

 <p>ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO</p>	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	7 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-PRO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Actividad	Responsable Médico del Servicio de Reproducción Humana
<p>¿La persona cuenta con fracción beta de hCG positiva?</p> <p>10.1. Sí: Dar seguimiento hasta la semana 8 de gestación y posteriormente se realiza la Contrarreferencia Administrativa a su Unidad Hospitalaria de Referencia. Termina procedimiento.</p> <p>10.2. No: Revisar si la persona aún tiene embriones criopreservados.</p> <p>11. Evaluar la factibilidad de realizar nuevo procedimiento de preparación endometrial si la persona cuenta con embriones criopreservados.</p> <p>¿Cuenta la persona con embriones criopreservados?</p> <p>11.1 Sí: Iniciar un nuevo procedimiento de preparación endometrial para transferencia de embriones descongelados. Regresa a la actividad 8</p> <p>11.2 No: Realizar contrarreferencia a su Unidad Hospitalaria de Referencia o se envía al servicio de interconsulta del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.</p> <p>Termina el Procedimiento.</p>	 <pre> graph TD B[B] --> D1{¿La persona cuenta con fracción beta de hCG positiva?} D1 -- Sí --> 10.1[10.1] 10.1 --> E1([]) D1 -- No --> 10.2[10.2] 10.2 --> 11[11] 11 --> D2{¿Cuenta la persona con embriones criopreservados?} D2 -- Sí --> 11.1[11.1] 11.1 --> 2((2)) D2 -- No --> 11.2[11.2] 11.2 --> E2([]) </pre>

<p>Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana</p>	<p>Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria</p>	<p>Dra. Mariana Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"</p>
Elaboró	Revisó	Aprobó



Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	8 de 47	
Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

IV. Registro

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de retención	Protección	Disposición
Lista de pacientes para la preservación de la fertilidad en pacientes oncológicos	Carpeta Electrónica	Fecha de inscripción	Permanente	Mediante contraseña	Permanente

V. Referencias

- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado publicada en el Diario Oficial de la federación el 31 de marzo del 2007 y sus reformas.
- Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 06 de enero de 2023.
- Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de octubre del 2016.

VI. Glosario

Criopreservación: El proceso de congelación lenta o vitrificación para conservar material biológico (por ejemplo, gametos, cigotos, embriones en fase de escisión, blastocistos o tejido gonadal) a temperatura extremadamente baja.

Contrarreferencia Administrativa: La respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió.

Estimulación ovárica: El tratamiento farmacológico con la intención de inducir el desarrollo de folículos ováricos. Puede usarse con dos propósitos: 1) para relaciones sexuales programadas o inseminación; 2) en TRA, para obtener múltiples ovocitos en la aspiración folicular.

Embrión: El organismo biológico resultante del desarrollo del cigoto, hasta ocho semanas completas después de la fertilización, equivalente a 10 semanas de edad gestacional.

Espermatozoide: El gameto masculino.

Fracción beta de hCG: La hormona glicoproteína que se produce en el trofoblasto, se utiliza para diagnóstico de embarazo.

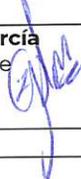
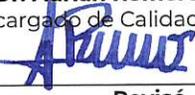
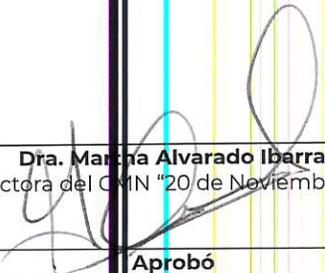
Ovocito: El gameto femenino (huevo).

Infertilidad: Enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales sin protección, debido a un deterioro de la capacidad de una persona para reproducirse.

Dra. Zoé Gloria Sonda García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"
Elaboró	Revisó	Aprobó

 <p>ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO</p>	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	10 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

IX. ANEXOS

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Mariana Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre" 
Elaboró	Revisó	Aprobó

	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	9 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Reproducción Médicamente Asistida: La reproducción a través de diversas intervenciones, procedimientos, cirugías y tecnologías para tratar diferentes formas de deterioro de la fertilidad e infertilidad. Estos incluyen la inducción de la ovulación, la estimulación ovárica, la activación de la ovulación, todos los procedimientos de TRA, el trasplante uterino y la inseminación intrauterina, intracervical e intravaginal con semen de la persona en estudio o donante.

Bibliografía:
Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Mygren K et al. on behalf of ICMART and WHO. Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). OMS 2010.

- VII. Relación de anexos**
- Anexo 1. Formato SM-1-17. Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes.
 - Anexo 2. Consentimiento Informado para la Criopreservación de Embriones.
 - Anexo 3. Consentimiento Informado para la Criopreservación de Espermatozoides.
 - Anexo 4. Consentimiento Informado para la Criopreservación de Ovocitos.
 - Anexo 5. Consentimiento Informado para la Criopreservación de Tejido Testicular.
 - Anexo 6A. Consentimiento Informado para la terminación de custodia de embriones
 - Anexo 6B. Consentimiento Informado para la terminación de custodia de ovocitos.
 - Anexo 7. Aviso de Privacidad para Pacientes.

VIII. Resumen de cambios

Este instrumento es de nueva creación con base en lo previsto por la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 31 de marzo de 2007 y sus reformas, el Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 06 de enero de 2023, el Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 31 de octubre de 2016 y el Reglamento Orgánico del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de junio de 2015.

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"
Elaboró	Revisó	Aprobó



Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	12 de 47	
Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Contrarreferencia de Pacientes". Solicitud de Referencia. Anverso del formato.

No.	Nombre	Debe anotarse
1	Folio No.	El número de folio consecutivo, asignado por la Unidad Médica Emisora que genera la solicitud.
2	Fecha y hora.	El Día, mes, año y horario (en horas y minutos), en que se tramita la solicitud de referencia de un paciente.
3	Unidad médica emisora	El Nombre de la Unidad Médica que refiere al paciente
4	Clave	El Identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Emisora que refiere al paciente (para su uso en el Área de Estadística).
5	Motivos de la referencia	La descripción del motivo de la referencia (falta de recurso humano, equipo o instrumental médico, inexistencia del servicio y/o especialidad requerido, entre otros)
6	Nombre del paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente que requiere ser referido.
7	Sexo	Con una cruz si el paciente es del sexo (mas) masculino o (fem) femenino según corresponda.
8	Edad	El número de años cumplidos del paciente.
9	Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente Médico del paciente.
10	Teléfono	El Número telefónico donde se pueda localizar al paciente o a sus familiares más cercanos

Dra. Zoé Gloria Sandoval García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"
Elaboró	Revisó	Aprobó

 <p>ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO</p>	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	13 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-PO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Instructivo de llenado del Formato Anexo 1: "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes". Solicitud de Referencia. Anverso del formato.	Clave del formato SM-1-17
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------

No.	Nombre	Debe anotarse
11	Unidad Médica Receptora	El Nombre de la unidad médica que confirmó cita para atender al paciente referido
12	Clave	El identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Receptora que recibe un paciente referido (para su uso en el Área de Estadística)
13	El paciente se refiere a:	Con una cruz si el paciente es referido a los servicios de "Estudios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento", "Rehabilitación Física" o "Consulta Externa Especializada", según corresponda.
14	Número de traslados en el año	El número de traslados ocurridos por el mismo paciente, durante el año calendario.
15	Servicio	El nombre del servicio que requiere el paciente referido.
16	Tipo de traslado	Marque con una cruz, si el tipo de traslado es de "Primera Vez" o "Subsecuente", según corresponda
17	Cita	El día, mes, año y horario (en horas y minutos) de la cita confirmada para el paciente referido
PRESENTACIÓN DEL CASO		
18	Motivo del envío, valoración, diagnóstico y terapéutica	La descripción de los antecedentes del heredo – familiares no patológicos y patológicos, la evolución de la patología, tratamiento previo en caso de existir, diagnóstico y las causas que justifican la referencia del paciente.
19	Resultados de laboratorio y gabinete	La descripción de los estudios de laboratorio y/o gabinete practicados al paciente.

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria	Dra. Mariana Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"
Elaboró	Revisó	Aprobó



Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	14 de 47	
Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Instructivo de llenado del Formato Anexo 1: "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes". Solicitud de Referencia. Anverso del formato.	Clave del formato SM-1-17
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------

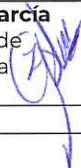
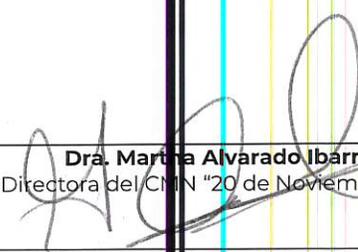
No.	Nombre	Debe anotarse
20	Licencia médica otorgada	El periodo de tiempo en días, que cubre una licencia médica para un paciente referido, anotar el día, mes y año de inicio y día, mes y año de término.
21	Referencia por	Anotar únicamente en caso de que el paciente referido presente un "probable riesgo de trabajo" o un "riesgo de trabajo".
22	Médico tratante	El nombre completo, clave y firma del médico tratante que propone la referencia del paciente.
23	Vo. Bo. superior jerárquico inmediato	El nombre completo, clave y firma del superior jerárquico inmediato del médico tratante, que otorga el "Visto Bueno" a la solicitud de referencia del paciente.
24	Sello de la unidad médica emisora	El sello de la unidad médica emisora, en el espacio asignado ex profeso.
25	Clave del traslado	La clave según corresponda al tipo de traslado autorizado: (Es responsabilidad exclusiva del director de la unidad médica emisora o quien tenga delegada la responsabilidad) A Por autobús B Por ambulancia C Por automóvil D Por vía aérea 0 El paciente NO requiere acompañante 1 El paciente SI requiere ir acompañado
26	Nombre, clave y firma de la persona titular de la Dirección de la unidad médica emisora	Nombre completo, clave y firma de la persona titular de la Dirección de la unidad médica emisora, autorizando la solicitud de referencia, previo análisis del contenido del formato, validando que este completo, congruente y legible.
27	Paciente y/o familiar	Nombre completo y firma del paciente y/o del familiar responsable del paciente, aceptando la entrega de este documento.

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"
Elaboró	Revisó	Aprobó

 <p>ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO</p>	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	15 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-PO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Requisitos de llenado del formato.

Ejemplares:	Se llena en original y dos copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Concentrar la información médico-administrativa necesaria para efectuar de manera eficiente la Referencia de pacientes entre las unidades médicas de los tres niveles de atención.
Responsable del llenado:	Médico tratante de la unidad médica emisora que propone la referencia.
Revisión:	Jefe inmediato del médico tratante que propone la Referencia.
Autoriza:	Director de la unidad médica emisora que refiere al paciente.
Periodicidad:	Diaria (En la consulta del paciente que requiere ser referido).
Documento fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Área de estadística
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en el sistema informático, evaluar su operación, archivar copia.

<p>Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana</p> 	<p>Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria</p> 	<p>Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"</p> 
Elaboró	Revisó	Aprobó

 <p>ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO</p>	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	17 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-EPPO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Instructivo de llenado del Formato Anexo 1:
"Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes". Solicitud de Contrarreferencia. Reverso del formato.

Clave del formato EM-1-17

No.	Nombre	Debe anotarse
1	Folio No.	El número de folio consecutivo, asignado por la unidad médica receptora que genera la solicitud.
2	Fecha y hora	El día, mes, año y horario (en horas y minutos), en que se tramita la solicitud de contrarreferencia de un paciente.
3	Unidad médica	El nombre de la unidad médica receptora que contrarrefiere al paciente.
4	Clave	El Identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la unidad médica receptora que contrarrefiere al paciente (para su uso en el área de estadística).
5	Motivos de la Contrarreferencia	Descripción del motivo de la contrarreferencia (paciente dado de alta, paciente con posibilidad de continuar su tratamiento en su unidad médica de adscripción, entre otros).
6	Total de Interconsultas	Número total de interconsultas a las que fue referido el paciente en los diferentes servicios.
7	Total de consultas otorgadas	Número total de consultas que recibió el paciente en la unidad receptora.
8	Diagnóstico de Referencia	Diagnóstico actual del paciente y el motivo de su contrarreferencia.
9	Diagnóstico de Contrarreferencia	Diagnóstico actual del paciente y el motivo de su contrarreferencia
10	Congruencia entre el diagnóstico de referencia y el diagnóstico de contrarreferencia.	Marque con una cruz (x) el espacio que corresponda a su respuesta si esta es afirmativa o negativa.

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria	Dra. Mariana Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"
Elaboró	Revisó	Aprobó



Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	18 de 47	
Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Instructivo de llenado del Formato Anexo 1:
"Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes". Solicitud de Contrarreferencia. Reverso del formato.

Clave del formato SM-1-17

No.	Nombre	Debe anotarse
11	Unidad médica de adscripción del paciente	Nombre de la unidad médica de adscripción del paciente, donde se debe presentar el paciente para continuar su tratamiento.
12	Clave	Identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la unidad médica de adscripción del paciente (para su uso en el área de estadística)
INFORME DEL MEDICO ESPECIALISTA		
13	Resultado de la valoración	Describir los estudios que se le practicaron al paciente, sus resultados, la evolución que haya presentado y tratamiento recibido.
14	Indicaciones a seguir	Indique que medicamentos y posología son los indicados y su tratamiento, la dieta recomendada , otras indicaciones y/o comentarios.
15	Médico especialista tratante.	El nombre completo, clave y firma del médico especialista tratante, que propone la contrarreferencia.
16	Nombre y firma de la persona titular de la Dirección de la unidad médica emisora	Nombre completo, clave y firma de la persona titular de la Dirección de la unidad médica emisora, autorizando la solicitud de contrarreferencia, previo análisis del contenido del formato, validando que este completo, congruente y legible.
17	Paciente y/o familiar	Nombre completo y firma del paciente y/o familiar al que se entrega este formato debidamente autorizado

Dra. Zoé Gloria Sandoval García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"
Elaboró	Revisó	Aprobó

	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	20 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Anexo 2. Consentimiento Informado para la Criopreservación de Embriones.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CRIOPRESERVACIÓN DE EMBRIONES

Previo a la firma del presente documento, se solicita tomar todo el tiempo que sea necesario para leer su contenido. Preguntar al médico especialista sobre cualquier duda que se tenga, a fin de tener el conocimiento suficiente acerca de los beneficios y riesgos del presente procedimiento.

Paciente _____(1)_____ Edad _____(2)_____
 No. expediente _____(3)_____ Diagnóstico _____(4)_____

Paciente _____(5)_____ Edad _____(5)_____
 No. Expediente _____(7)_____ Diagnóstico _____(8)_____

La criobiología (estudio de los procesos de congelación de células y tejidos) ha permitido la preservación de células por tiempos prolongados manteniendo éstas, generalmente sus propiedades biológicas una vez descongeladas. La tecnología ha desarrollado eficientes protocolos de congelación/descongelación que permiten preservar células y tejidos a temperaturas de hasta -160°C usualmente sin afectar o con muy poco efecto en su estructura y funcionalidad.

Actualmente al descongelar embriones, las tasas de sobrevida fluctúan entre un 70 y 95%. Esto último tiene que ver; más que nada, con el potencial biológico de los embriones, previo a la congelación. Es altamente probable que aquellos embriones que no sobreviven al ser descongelados, son los mismos que jamás hubieran alcanzado el desarrollo embrionario hasta la implantación.

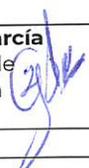
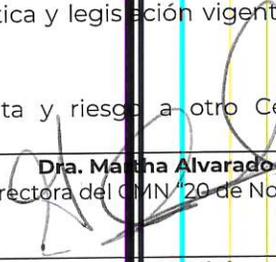
CONSIDERACIONES EN SITUACIONES ESPECIALES EN RELACION A SUS EMBRIONES CRIOPRESERVADOS:

1.-De resultar embarazada en el actual procedimiento de FIV/ICSI, la transferencia de embriones que fueron criopreservados, se hará en un plazo máximo de 2 años, desde la fecha del parto. Las personas sujetas a tratamiento deben comprometerse a cumplir el plazo señalado o manifestar por escrito si hay impedimento para cumplirlo o si desean postergar ese plazo.

2.-Si los pacientes que firmaron este consentimiento no se presentan y no se localizan en un plazo de 5 años, desde la criopreservación, ó si no acude a la renovación del consentimiento informado en dos ocasiones consecutivas sin poder localizarse, los embriones quedarán a disposición del Servicio de Reproducción Humana del CMN "20 de Noviembre", se continuará la criopreservación de los mismos, su utilización será únicamente para Técnicas de Reproducción Medicamente Asistida o disciplinas relacionadas de acuerdo a la ética y normatividad vigentes en este momento, manteniendo la confidencialidad, anonimato, y gratuidad.

3.-Si los pacientes que firmaron este consentimiento deciden no hacer uso de los embriones en un plazo de 5 años, habiéndolo manifestado por escrito tendrá la opción de donar los embriones a personas diversas con problemas de infertilidad o para estudios de investigación de acuerdo a la ética y legislación vigente en ese momento.

4.-Usted puede solicitar que sus embriones sean llevados bajo su cuenta y riesgo a otro Centro de

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre" 
Elaboró	Revisó	Aprobó



Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	19 de 47	
Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Requisitos de llenado del formato.		
Ejemplares:		Se llena en original y dos copias.
Tamaño:		Carta.
Objetivo:		Concentrar la información médico A0administrativa necesaria para efectuar de manera eficiente la contrarreferencia de pacientes entre las unidades médicas de los tres niveles de atención.
Responsable del llenado:		Médico eEspecialista tratante de la unidad médica receptora que propone la contrarreferencia.
Revisión:		Jefe inmediato del médico especialista tratante que propone la Contrarreferencia .
Autoriza:		Director de la unidad médica receptora que contrarrefiere al paciente.
Periodicidad:		Diaria (En la consulta del paciente que requiere ser contrarreferido).
Documento fuente:		Ninguno.
Se remite a:		Área de estadística
Actividad a realizar en área receptora:		Dar trámite, capturar en el sistema informático, evaluar su operación, archivar copia.

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"
Elaboró	Revisó	Aprobó

	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	21 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Reproducción Asistida, dicho centro será el responsable del traslado de los mismos, previo aviso por escrito a este Servicio.

5.-En el caso de que los pacientes que recibieron el tratamiento fallecieran, se seguirán los lineamientos del punto 1.

6.-En el caso del fallecimiento de alguno de los pacientes que recibieron el tratamiento, se tendrá la opción de donarlos siguiendo los lineamientos del punto 2. Debido a que la filiación de los hijos nacidos por Técnicas de Reproducción Asistida no se encuentra normada, no se realizará ningún procedimiento con fines reproductivos post-mortem.

7.- Para el caso de cónyuges o concubinos que hayan decidido terminar su relación, se podrán entregar los embriones a uno de ustedes, teniendo que firmar ambos el acuerdo, tendrán la opción de donar los embriones a personas diversas con problemas de infertilidad o para estudios de investigación de acuerdo a la ética y normatividad vigentes en ese momento. En caso de no llegarse a un acuerdo, se continuará la criopreservación de los embriones, no se realizará ninguna Técnica de Reproducción Asistida en este caso.

BENEFICIOS

Una de las maneras de aumentar las posibilidades de embarazo en un ciclo y vencer la aparente ineficiencia reproductiva de nuestra especie, consiste en estimular la ovulación con objeto de recuperar del ovario un mayor número de ovocitos. Así, se pueden inseminar y fecundar más de un ovocito, y transferir al útero más de un embrión. Con ello, existe una probabilidad mayor de embarazo. En general deberían transferirse dos embriones para equilibrar la eficiencia terapéutica con el riesgo de multigestación.

La criopreservación, de embriones, ofrece una solución de emergencia para aquellos casos en que el número obtenido excede el razonable de ser transferido disminuyendo así el riesgo de multigestación severa.

La criopreservación es también una buena alternativa en casos en que la evolución natural de la enfermedad de los cónyuges o concubinos hace suponer que él o ella quedarán sin gametos o no tendrán posibilidad de realizar otro ciclo de tratamiento.

RIESGOS:

La tasa de embarazo clínico al transferir embriones criopreservados es ligeramente inferior que con embriones frescos y esto se debe al menos en parte, a que ha sido práctica clínica regular el transferir primero los embriones morfológicamente mejores y congelar los morfológicamente más deficientes.

AUTORIZACIÓN:

Previa lectura de este consentimiento informado con la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas en relación a la criopreservación de mis embriones, Quienes firmamos este documento hemos comprendido claramente la información recibida en relación a la naturaleza y propósito de este procedimiento. Sabemos y aceptamos los riesgos y beneficios y estamos conscientes de las consideraciones especiales que

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"
Elaboró	Revisó	Aprobó



Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	22 de 47	
Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

podrían presentarse con las cuales estamos de acuerdo. En el entendido de que este consentimiento sólo es válido para este procedimiento y tiene vigencia de un año a partir de la firma del mismo.

De conformidad
He recibido copia de este formulario.

_____(9) _____ Firma _____ Teléfono y correo
Nombre electrónico

_____(10) _____ Firma _____ Teléfono y correo
Nombre electrónico.

_____(11) _____ Firma _____ Teléfono
Testigo

_____(12) _____ Firma. _____ Teléfono
Testigo

Ciudad de México, a _(13)_ de _____(13)_____ de 20_(13)_____.

Médico especialista que informa; _____(14)_____

Previo a que los pacientes firmen este documento, he dado información sobre la naturaleza, propósito, riesgos, beneficios y consideraciones en situaciones especiales, en el caso de la criopreservación embrionaria.

Me he reunido con las personas sujetas a tratamiento para discutir la información, les he dado la oportunidad de preguntar y he respondido satisfactoriamente a todas sus dudas.

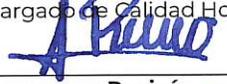
Firma: _____

Dra. Zoé Gloria Sondon García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"
Elaboró	Revisó	Aprobó

 <p>ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO</p>	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	23 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Instructivo de llenado del Formato Anexo 2: Consentimiento informado para la Criopreservación de Embriones	Clave del formato CICE
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

No.	Nombre	Debe anotarse
1	Paciente.	El apellido paterno, materno y nombre(s) de la persona que es informada
2	Edad	El número de años cumplidos de la persona.
3	No. expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente
4	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente la persona en tratamiento
5	Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s) de la persona que es informada
6	Edad	El número de años cumplidos de la persona
7	No. expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente
8	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente la persona en tratamiento
9	Nombre	El apellido paterno, materno, nombre(s) firma, teléfono y correo electrónico de la persona que es informada
10	Nombre	El apellido paterno, materno, nombre(s) firma, teléfono y correo electrónico de la persona que es informada
11	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a los pacientes.
12	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a los pacientes.
13	Ciudad de México	El día, mes y año en que se firma el consentimiento informado por los pacientes.
14	Médico especialista que informa	El apellido paterno, materno y nombre, firma, teléfono y número de red o extensión del Médico Especialista que está informando.

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Mariana Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre" 
Elaboró	Revisó	Aprobó



Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	24 de 47	
Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Requisitos de llenado del formato.		
Ejemplares:		Se llena en original y 02 copias.
Tamaño:		Carta.
Objetivo:		Contar con la manifestación acreditativa del paciente en relación a la completa comprensión de la información proporcionada y a su participación en el procedimiento médico-quirúrgico.
Responsable de llenado:		El médico especialista del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:		Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:		Los pacientes
Periodicidad:		Por procedimiento (En la consulta de la persona que esta sujeta al tratamiento que solicita el procedimiento).
Documento Fuente:		Ninguno.
Se remite a:		Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:		Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"
Elaboró	Revisó	Aprobó



Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	25 de 47	
Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Anexo 3. Consentimiento Informado para la Criopreservación de Espermatozoides.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CRIOPRESERVACIÓN DE ESPERMATOZOIDES

Por favor tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al médico especialista sobre cualquier duda que tenga, deberá tener el conocimiento suficiente acerca de los beneficios y riesgos del presente procedimiento.

Paciente _____ (1) _____ Edad _____ (2) _____
 No. Expediente _____ (3) _____ Diagnóstico _____ (4) _____

La criobiología (estudio de los procesos de congelación de células y tejidos) ha permitido la preservación de células por tiempos prolongados manteniendo éstas, generalmente sus propiedades biológicas una vez descongeladas. La tecnología ha desarrollado eficientes protocolos de congelación/descongelación que permiten preservar células y tejidos a temperaturas de hasta -160° C, usualmente sin afectar o con muy poco efecto en su estructura y funcionalidad.

Consideraciones especiales:

-La (s) muestra(s) solo se entregarán al paciente, en caso de fallecimiento y por no contar con una legislación al respecto, la (s) muestra(s) se desecharán.

-El paciente puede solicitar que su muestra seminal sea llevada bajo su cuenta y riesgo a otro Centro de Reproducción Asistida, dicho centro será el responsable del traslado de la misma, previo aviso por escrito a este Servicio.

BENEFICIOS:

Las (s) muestra(s) guardada(s), podrán ser susceptibles a Técnicas de Reproducción Asistida, esto le permitirá en un futuro tener una alta posibilidad de ser padre desde el punto de vista genético o biológico.

RIESGOS:

Las muestras de espermatozoides guardadas por este procedimiento pueden perder hasta un 40 % de su viabilidad original, esto no se debe al procedimiento por sí mismo, sino a la calidad de la muestra seminal de cada paciente.

Los espermatozoides guardados por este método pueden sobrevivir muchos años, sin embargo, se recomienda que sean utilizados antes de los 55 años que se considera como el fin de la etapa reproductiva masculina, en los pacientes oncológicos. En el caso de pacientes con infertilidad los espermatozoides se almacenarán un máximo de 5 años, posterior a esta fecha y debido a que no existe regulación al respecto, la(s) muestra(s) se desecharán.

AUTORIZACIÓN

He leído este consentimiento informado y he tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas en relación a la criopreservación de mi muestra seminal.

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"
Elaboró	Revisó	Aprobó

 <p>ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO</p>	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	27 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Instructivo de llenado del Formato Anexo 3: Consentimiento informado para la Criopreservación de Espermatozoides.	Clave del formato CICESP
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

No.	Nombre	Debe anotarse
1	Paciente.	El apellido paterno, materno y nombre(s) de la persona que es informada
2	Edad	El número de años cumplidos del paciente.
3	No. expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente.
4	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente el paciente.
5	Nombre	El apellido paterno, materno, nombre(s), firma, teléfono y correo electrónico del paciente.
6	Nombre del tutor	El apellido paterno, materno, nombre(s), firma, teléfono y correo electrónico de quien tutele al paciente.
7	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó al paciente.
8	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó al paciente
9	Ciudad de México	El día, mes y año en que se firma el consentimiento informado por la persona sujeta a tratamiento
10	Médico especialista que informa	El apellido paterno, materno, nombre, firma, teléfono y número de red o extensión del médico especialista que está informando.

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrián Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre" 
Elaboró	Revisó	Aprobó



Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	28 de 47	
Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Requisitos de llenado del formato.		
Ejemplares:		Se llena en original y 02 copias.
Tamaño:		Carta.
Objetivo:		Contar con la manifestación acreditativa del paciente en relación a la completa comprensión de la información proporcionada y a su participación en el procedimiento médico-quirúrgico.
Responsable de llenado:		El Médico especialista del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:		Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:		La persona sujeta a tratamiento.
Periodicidad:		Por procedimiento (en la consulta del paciente que requiere el procedimiento).
Documento fuente:		Ninguno.
Se remite a:		Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:		Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre" 
Elaboró	Revisó	Aprobó

 ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	29 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Anexo 4. Consentimiento Informado para la Criopreservación de Ovocitos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CRIOPRESERVACIÓN DE OVOCITOS

Por favor tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al médico especialista sobre cualquier duda que tenga, deberá tener el conocimiento suficiente acerca de los beneficios y riesgos del presente procedimiento.

Paciente _____ (1) _____ Edad _____ (2) _____

No. Expediente _____ (3) _____ Diagnóstico _____ (4) _____

La criopreservación de ovocitos maduros (OC) es un método para preservar el potencial reproductivo de la mujer en edad reproductiva.

La criopreservación se refiere a la congelación de células y tejidos a temperaturas bajo cero con el fin de detener todas las actividades biológicas y preservarlas para utilizarlas en un futuro.

Como los óvulos son muy sensibles a los cambios de temperatura y no toleran muy bien los procesos de congelación y descongelación se han utilizado distintas técnicas para mejorar resultados entre ellas:

- 1) Congelar óvulos inmaduros y luego efectuar la maduración de los mismos in vitro.
- 2) La Técnicas de congelación utilizada en la Unidad de Reproducción Asistida del Servicio de Reproducción Humana de este Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" es la vitrificación que tiende a disminuir al mínimo la formación de hielo intracelular.

Técnica de vitrificación:

Estudios recientes sugieren que la criopreservación de ovocitos por técnica de vitrificación mejora significativamente la supervivencia y las tasas de embarazo. La mayoría de los protocolos de vitrificación utilizan un "sistema abierto", en el que los ovocitos se exponen directamente a nitrógeno líquido para maximizar ultra-rápido enfriamiento y minimizar la formación de cristales de hielo.

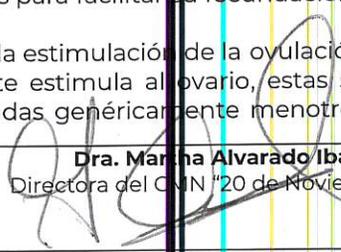
Esta forma de congelación ultrarrápida debe ir seguida de descongelación ultrarrápida para evitar la recrystalización de hielo.

Para la vitrificación se requiere que usted sea sometida a:

1. Estimulación ovárica controlada.
2. Aspiración folicular.

1.- El objetivo de la estimulación ovárica controlada es reclutar y disponer de un mayor número de ovocitos en ambos ovarios los que una vez aspirados del ovario, puedan ser inseminados para facilitar su fecundación.

Métodos de estimulación hormonal: Los medicamentos más usadas para la estimulación de la ovulación, son una combinación de las dos hormonas con que la hipófisis normalmente estimula al ovario, estas son: la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH), llamadas genéricamente menotropinas

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre" 
Elaboró	Revisó	Aprobó

	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	30 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

(hMG), también se cuenta con FSH y LH recombinantes, lograda mediante tecnología de DNA recombinante siendo esta última la utilizada en el Servicio de Reproducción Humana.

La estimulación ovárica controlada dura en promedio entre 10 y 12 días, durante este período y para evaluar el crecimiento y desarrollo de los folículos, se hace un seguimiento con ultrasonido transvaginal, esto consta de 3 a 4 ultrasonidos transvaginales o el número que sea necesarios, además se toman algunas muestras de sangre (no se requiere ayuno) para medir los niveles hormonales necesarios para un adecuado control de su ciclo.

Cuando la mayoría de los folículos ha alcanzado un tamaño promedio de 18 - 22 mm, se inyecta una hormona llamada Gonadotropina Coriónica Humana (HCG) que es la hormona encargada de terminar la maduración folicular alrededor de 34 a 36 horas posterior a su aplicación, se programa la aspiración folicular.

2.- Aspiración folicular:

La aspiración folicular es un procedimiento que tiene por objeto extraer los ovocitos del interior de los folículos. Se realiza mediante la punción del ovario con una aguja que se introduce a través de la vagina y guiada al interior de los folículos mediante visualización por ultrasonido, este es un procedimiento que requiere hospitalización y sedación aplicando un medicamento por la vena. Se necesita que se hospitalice (un día previo al procedimiento), inmediatamente después de obtenidos, los ovocitos son clasificados morfológicamente y guardados en la incubadora en cápsulas que contienen medio de cultivo y que han sido previamente rotuladas con su nombre. La aspiración folicular demora aproximadamente 20 a 40 minutos, después de lo cual pasará a una sala de recuperación por un plazo variable que dependerá de los requerimientos que hubo de anestesia general y posteriormente pasa a su habitación en el área de hospitalización.

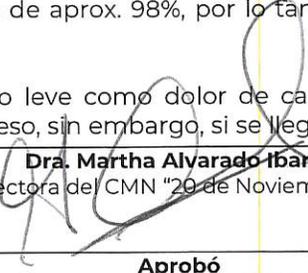
BENEFICIOS:

- 1) **Preservar la fertilidad** (vitrificando ovocitos) en las personas que se van a someter a **tratamientos para cáncer** cuando la radiación o los medicamentos puedan afectar a los ovarios. Esta indicación cada vez es mayor pues han mejorado los resultados en el tratamiento de cáncer y en la actualidad muchas jóvenes superan la enfermedad muy bien, pero sus ovarios quedan afectados.
- 2) **Si se tiene exceso en el número de óvulos capturados** en los programas de fertilización in vitro, lo que permitirá no congelar embriones y disminuir los problemas éticos y legales asociados.
- 3) En caso de que la persona que dará la muestra seminal el día de su procedimiento de Fertilización In Vitro, no pueda hacerlo o no se obtengan espermatozoides por biopsia testicular, se vitrifican los ovocitos para posteriormente ser fertilizados y no perder el ciclo de estimulación ovárica, o en su caso poder trasladarse a un centro de reproducción donde puedan inseminarse con semen de donador.
- 4) En el caso de pacientes que requieran **PGS**, se podrán vitrificar para tener un mayor número de ovocitos y mayor posibilidad de número de blastocistos para poder biopsiar.

RIESGOS:

La tasa de supervivencia posterior a la descongelación rápida (vitrificación) es de aprox. 98%, por lo tanto el riesgo es muy bajo de pérdida de células (ovocitos).

A veces los medicamentos usados pueden provocar algún efecto secundario leve como dolor de cabeza, cambios en el estado de ánimo, inflamación abdominal, aumento gradual de peso, sin embargo, si se llegara a

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre" 
Elaboró	Revisó	Aprobó

	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	31 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-PO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

presentar síntomas como visión borrosa, dolor de cabeza intenso o aumento acelerado de peso es indispensable informar al médico.

Después de la aspiración folicular se puede presentar un pequeño dolor abdominal que cede con el uso de analgésicos y desaparece en el transcurso del día. También puede haber sangrado vaginal. Sin embargo, si se presenta, fiebre, dolor agudo, o sangrado excesivo, debe informar a su médico. Usted sin embargo se encontrará siempre en hospitalización bajo vigilancia médica continua.

Motivos de cancelación de la congelación de ovocitos

- Falta de respuesta de los ovarios y/o ausencia de desarrollo folicular.
- Durante la captura ovular no se obtengan ovocitos.

En caso de cualquiera de estas situaciones será motivo de Contrarreferencia Administrativa a su Unidad Hospitalaria de Referencia.

Lineamientos finales:

1. Si la persona en tratamiento no se presenta o no se localiza en un plazo de 5 años, desde la criopreservación, o si no acude a la renovación del consentimiento en dos ocasiones consecutivas, los ovocitos quedarán a disposición de la Unidad de Reproducción Asistida del CMN "20 de Noviembre", se podrá prolongar la criopreservación de los ovocitos hasta el momento en que se considere por los médicos responsables, su utilización será únicamente en Técnicas de Reproducción Asistida o disciplinas relacionadas de acuerdo a las normas éticas y legales vigentes en ese momento, manteniendo la confidencialidad, anonimato, gratuidad y ausencia de ánimo de lucro.
2. Si la persona en tratamiento decide no hacer uso de los ovocitos en un plazo de 5 años, habiéndolo manifestado por escrito tendrá la opción de donar los ovocitos a personas diversas con problemas de infertilidad o con fines de investigación, de acuerdo a la legislación vigente en ese momento.
3. El personal médico y técnico del Servicio de Reproducción Humana del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE., no está autorizado para la transportación de los ovocitos fuera de sus instalaciones y cuando el paciente lo solicite las muestras serán transportadas bajo su cuenta y riesgo. Previo aviso por escrito de dicho procedimiento.
4. En el caso de fallecimiento de la persona en tratamiento se seguirán los lineamientos del punto 1.
5. No se realizará ningún procedimiento con fines reproductivos post-mortem.
6. En caso de que las personas que se sometan al tratamiento, tengan un vínculo como puede ser, de manera enunciativa más no limitativa, el matrimonio o concubinato, y acontezca una separación o fallecimiento de alguna de las personas involucradas en el procedimiento, no se podrán entregar los ovocitos a una persona distinta a quien los proporcionó durante el tratamiento, salvo que se encuentre estipulado por escrito en documento que este avalado por Notario Público.

He leído este consentimiento informado y he tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas en relación al tratamiento e informarme que se congelarán ___(5)___ ovocitos.

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria	Dra. Mariana Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"
Elaboró	Revisó	Aprobó



Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	32 de 47
Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01
Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1
Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023



Conozco y acepto que podría presentar mi retiro del programa en cualquier momento y por cualquier razón.
Entiendo que este consentimiento sólo es válido para este ciclo de tratamiento.

De conformidad

_____ (6) _____	_____
Nombre	Firma
_____ (7) _____	_____
Testigo	Firma
_____ (8) _____	_____
Testigo	Firma

Ciudad de México, a _(9)_ de _____(9)_____ de 20_(9)_____.

Médico especialista que informa: _____(10)_____

Antes del inicio del procedimiento y previo a que la persona en tratamiento firme este documento, he dado información sobre la naturaleza, propósito, riesgos, beneficios, y consideraciones en situaciones especiales, en el caso de la criopreservación de ovocitos.

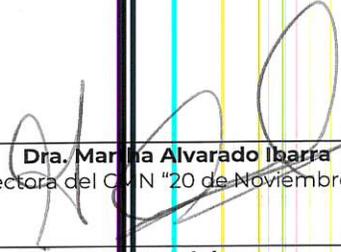
Me he reunido con las personas sujetas al tratamiento para discutir la información, le he dado la oportunidad de preguntar y he respondido satisfactoriamente a todas sus dudas.

Firma: _____

Dra. Zoé Gloria Sandoz García Encargada del Servicio de Reproducción Humana	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"
Elaboró	Revisó	Aprobó

 <p>ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO</p>	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	33 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Instructivo de llenado del Formato Anexo 4: Consentimiento informado para la Criopreservación de ovocitos		Clave de formato CICO
No.	Nombre	Debe anotarse
1	Paciente.	El apellido paterno, materno y nombre(s) de la persona que es informada
2	Edad	El número de años cumplidos del paciente
3	No. expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente
4	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente la persona en tratamiento
5	Congelación ovocitos	Número de ovocitos que se vitrificaran.
6	Nombre	El apellido paterno, materno y nombre(s), firma, teléfono y correo electrónico de la persona que es informada
7	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó al paciente
8	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó al paciente
9	Ciudad de México	El día, mes y año en que se firma el consentimiento informado la persona en tratamiento.
10	Médico especialista que informa	El apellido paterno, materno, nombre, firma, teléfono y número de red o extensión del médico especialista que está informando.

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Mariana Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre" 
Elaboró	Revisó*	Aprobó



Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	34 de 47	
Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Requisitos de llenado del formato.

Ejemplares:	Se llena en original y 02 copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Contar con la manifestación acreditativa del paciente en relación a la completa comprensión de la información proporcionada y a su participación en el procedimiento médico-quirúrgico.
Responsable de llenado:	El Médico especialista del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:	Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:	La persona en tratamiento.
Periodicidad:	Por procedimiento (En la consulta de la paciente que requiere el procedimiento).
Documento fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.

Dra. Zoé Gloria Sonda García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"
Elaboró	Revisó	Aprobó

	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	35 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Anexo 5. Consentimiento Informado para la Criopreservación de Tejido Testicular.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CRIOPRESERVACIÓN DE TEJIDO TESTICULAR

La criobiología (estudio de los procesos de congelación de células y tejidos) ha permitido la preservación de células por tiempos prolongados manteniendo éstas, generalmente sus propiedades biológicas una vez descongeladas. La tecnología ha desarrollado eficientes protocolos de congelación/descongelación que permiten preservar células y tejidos a temperaturas de hasta -160° C, usualmente sin afectar o con muy poco efecto en su estructura y funcionalidad.

Consideraciones especiales:

-La (s) muestra(s) de tejido testicular solo se entregarán al paciente, en caso de fallecimiento y por no contar con una legislación al respecto, la (s) muestra(s) se desecharán.

-La persona en tratamiento puede solicitar que su muestra de tejido testicular sea llevada bajo su cuenta y riesgo a otro Centro de Reproducción Asistida, dicho centro será el responsable del traslado de la misma, previo aviso por escrito a este Servicio.

BENEFICIOS:

Las (s) muestra(s) guardada(s), podrán ser susceptibles a Técnicas de Reproducción Asistida, esto le permitirá en un futuro tener una alta posibilidad de ser padre desde el punto de vista genético o biológico.

RIESGOS:

La(s) muestra(s) de tejido testicular guardada(s) pueden perder hasta un 40 % de su viabilidad original, esta pérdida no se debe al procedimiento por sí mismo, sino a la calidad del tejido testicular de cada persona.

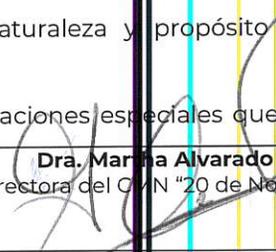
La muestra de tejido testicular criopreservada por este método pueden sobrevivir muchos años, sin embargo, se recomienda que sea utilizada antes de los 55 años que se considera como el fin de la etapa reproductiva en los pacientes oncológicos. En el caso de pacientes con infertilidad la muestra de tejido testicular se almacenará un máximo de 5 años, posterior a esta fecha y debido a que no existe regulación al respecto, la(s) muestra(s) se desecharán.

AUTORIZACIÓN:

He leído este consentimiento informado y he tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas en relación a la criopreservación de tejido testicular.

He comprendido claramente la información recibida en relación a la naturaleza y propósito de este procedimiento.

Conozco y acepto los riesgos y beneficios y estoy consciente de las consideraciones especiales que podrían

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Mariana Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre" 
Elaboró	Revisó	Aprobó



Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	36 de 47	
Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

presentase, con las cuales estoy de acuerdo.

Entiendo que este consentimiento sólo es válido para este procedimiento y tiene vigencia de un año a partir de la firma del mismo.

De conformidad
He recibido copia de este formulario.

(5) _____
Nombre electrónico. _____ Firma _____ Teléfono y correo

(6) _____
Testigo _____ Firma _____ Teléfono

(7) _____
Testigo _____ Firma. _____ Teléfono

Ciudad de México, a _(8)_ de _____ (8) _____ de 20_(8)_____.

Médico especialista que informa. _____ (9) _____

Previo a que la persona en tratamiento firme este documento, he dado información sobre la naturaleza, propósito, riesgos, beneficios, y consideraciones en situaciones especiales, en el caso de la criopreservación de tejido testicular

Me he reunido con la persona sujeta a tratamiento para discutir la información, le he dado la oportunidad de preguntar y he respondido satisfactoriamente a todas sus dudas.

Dra. Zoé Gloria Sandoval García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"
Elaboró	Revisó	Aprobó

 <p>ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO</p>	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	37 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-PO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Instructivo de llenado del Formato Anexo 5: Consentimiento informado para la Criopreservación de Tejido Testicular		Clave del formato CICTT
No.	Nombre	Debe anotarse
1	Paciente.	El apellido paterno, materno y nombre(s) de la persona que es informada
2	Edad	El número de años cumplidos del paciente.
3	No. expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente.
4	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente la persona en tratamiento.
5	Nombre del paciente	El apellido paterno, materno, nombre(s), firma, teléfono y correo electrónico de la persona en tratamiento
6	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó al paciente.
7	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó al paciente.
8	Ciudad de México	El día, mes y año en que se firma el consentimiento informado por la persona en tratamiento
9	Médico especialista que informa	El apellido paterno, materno, nombre, firma teléfono y número de red o extensión del médico especialista que está informando.

Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y 02 copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Contar con la manifestación acreditativa del paciente en relación a la completa comprensión de la información proporcionada y a su participación en el procedimiento médico-quirúrgico.
Responsable del llenado:	El Médico especialista del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:	Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:	La persona sujeta a tratamiento.
Periodicidad:	Por procedimiento (en la consulta del paciente que requiere el procedimiento).
Documento fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre" 
Elaboró	Revisó	Aprobó

	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	38 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Anexo 6 A. Consentimiento Informado para la terminación de custodia de embriones.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
TERMINACION DE CUSTODIA DE EMBRIONES**

Previo a la firma del presente documento, se solicita tomar todo el tiempo que sea necesario para leer su contenido, preguntar al médico especialista sobre cualquier duda que se tenga, a fin de tener el conocimiento suficiente acerca de cómo concluir la custodia de sus embriones.

Paciente _____ Edad _____
No. expediente _____ Diagnóstico _____

Paciente _____ Edad _____
No. expediente _____ Diagnóstico _____

Actualmente al descongelar embriones, las tasas de sobrevivencia fluctúan entre un 70 y 95%. Esto último tiene que ver; más que nada, con el potencial biológico de los embriones, previo a la congelación. Es altamente probable que aquellos embriones que no sobreviven al ser descongelados, son los mismos que jamás hubieran alcanzado el desarrollo embrionario hasta la implantación.

Usted puede solicitar que sus embriones sean llevados bajo su cuenta y riesgo a otro Centro de Reproducción Asistida, dicho centro será el responsable del traslado de los mismos, previo aviso por escrito a este Servicio de Reproducción Humana

Se entregará un reporte de sus embriones, con mención de fecha en que fueron criopreservados, número y estado.

Anexos al presente:

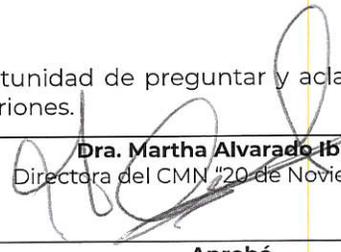
- 1) Reporte de laboratorio de Fertilización In vitro Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".
- 2) Carta del Centro de Reproducción Asistida que informa que dichos embriones quedarán resguardados en su Laboratorio de Fertilización In vitro.
- 3) Carta solicitud de ambas personas en tratamiento, solicitando la terminación de la custodia y motivos de la misma.
- 4) Identificaciones oficiales de ambos.

RIESGOS: Para los embriones únicamente los inherentes a cualquier situación que pueda ocurrir durante el traslado, continuaran su conservación, en el Centro de Reproducción Asistida que hayan elegido los pacientes.

BENEFICIOS: Poder realizar el procedimiento en su lugar de residencia en el tiempo que ellos consideren adecuado.

AUTORIZACION:

Previa lectura de este consentimiento informado y hemos tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas en relación a la criopreservación, condiciones y traslado de mis embriones.

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre" 
Elaboró	Revisó	Aprobó



Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	40 de 47	
Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Instructivo de llenado del Formato Anexo 6A: Consentimiento informado para la terminación de custodia de embriones.	Clave del formato CITCE
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

No.	Nombre	Debe anotarse
1	Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s) de la persona que es informada
2	Edad	El número de años cumplidos del paciente
3	No. expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente
4	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente la persona informada
5	Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s) de la persona que es informada.
6	Edad	El número de años cumplidos del paciente
7	No. expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente
8	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente la persona informada
9	Nombre	El apellido paterno, materno, nombre(s), firma, teléfono y correo electrónico del paciente
10	Nombre	El apellido paterno, materno, nombre(s), firma, teléfono y correo electrónico del paciente
11	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a los pacientes.
12	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a los pacientes.
13	Ciudad de México	El día, mes y año en que se firma el consentimiento informado por los pacientes.
14	Médico especialista que informa	El apellido paterno, materno, nombre, firma, teléfono y número de red o extensión del médico especialista que está informando.
15	Biólogo encargado del Laboratorio de Reproducción Asistida	El apellido paterno, materno, nombre, firma, teléfono y número de red o extensión del biólogo encargado del Laboratorio de Reproducción Asistida que está informando.

Dra. Zoé Gloria Sonda García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"
Elaboró	Revisó	Aprobó

 <p>ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO</p>	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	41 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y 02 copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Contar con la manifestación acreditativa del paciente en relación a la completa comprensión de la información proporcionada y a su participación en el procedimiento médico-quirúrgico.
Responsable del llenado:	El Médico especialista y Biólogo de Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:	Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:	Los pacientes
Periodicidad:	Por procedimiento (En la consulta del paciente que requiere el procedimiento).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CNIN "20 de Noviembre" 
Elaboró	Revisó	Aprobó

	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	42 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Anexo 6 B. Consentimiento Informado para la terminación de custodia de ovocitos.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TERMINACIÓN DE CUSTODIA DE OVOCITOS**

Previo a la firma del presente documento, se solicita tomar todo el tiempo que sea necesario para leer su contenido, preguntar al médico especialista sobre cualquier duda que se tenga, a fin de tener el conocimiento suficiente acerca de cómo puede finalizar la custodia de sus ovocitos.

Paciente _____ (1) _____ Edad _____ (2) _____
 No. expediente _____ (3) _____ Diagnóstico _____ (4) _____

Usted(s) puede solicitar que sus óvulos sean llevados bajo su custodia y riesgo a otro Centro de Reproducción Asistida, dicho Centro será el responsable del traslado de ovocitos, previo aviso por escrito al Servicio de Reproducción Humana del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, se entregará un reporte de sus ovocitos, con mención de fecha en que fueron criopreservados, número y estado.

Se requiere de los siguientes documentos:

1. Carta del Centro de Reproducción en el que informa que dichos ovocitos quedaran resguardados en su laboratorio de Fertilización In Vitro
2. Carta de la persona a quien se realizó el tratamiento solicitando la terminación de la custodia comentando los motivos de la misma.
3. Identificación oficial

RIESGOS: Para los ovocitos únicamente los inherentes a cualquier situación que puedan ocurrir durante su traslado, continuando su criopreservación en el Centro de Reproducción donde la paciente haya elegido.

BENEFICIOS: Poder realizar el procedimiento en su lugar de residencia y en el tiempo que ellos consideren adecuado.

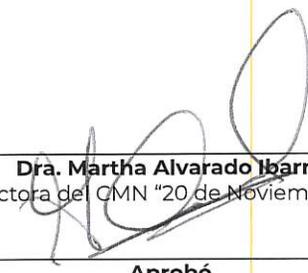
AUTORIZACION:

He leído este consentimiento informado y hemos tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas en relación a la criopreservación, condiciones y traslado de mis embriones.

He comprendido claramente la información recibida con relación a la naturaleza y propósito de esta decisión

Sé y acepto los riesgos y beneficios y estoy consciente de las consideraciones especiales que podrían presentarse, con las cuales estoy de acuerdo.

De conformidad

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre" 
Elaboró	Revisó *	Aprobó

	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	43 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Entiendo que este consentimiento solo es válido para esta solicitud

De conformidad

He recibido copia de este formulario y de los documentos antes mencionados

_____ (5) _____
Nombre Firma

_____ (6) _____
Testigo Firma

_____ (7) _____
Testigo Firma

Ciudad de México, a _ (8) _ de _____ (8) _____ de 20__ (8) _

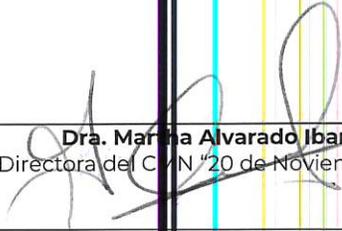
Médico especialista que informa: _____ (9)

Previa a que la persona en tratamiento firme este documento, hemos dado la información sobre la naturaleza propósito, riesgos, beneficios y consideraciones en situaciones especiales, en el caso de del traslado de sus ovocitos.

Nos hemos reunido con la persona sujeta al tratamiento para comentar la información, le hemos dado la oportunidad de preguntar y hemos respondido todas su dudas.

Firma

_____ (10) _____
Biólogo encargado del laboratorio de Fertilización In Vitro Firma

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Mariana Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre" 
Elaboró	Revisó	Aprobó



Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	44 de 47	
Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Instructivo de llenado del Formato Anexo 6B: Consentimiento informado para la terminación de custodia de ovocitos.	Clave del formato CITCO
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

No.	Nombre	Debe anotarse
1	Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s) de la persona que es informada
2	Edad	El número de años cumplidos del paciente
3	No. expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente
4	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente la persona sujeta a tratamiento.
5	Nombre	El apellido paterno, materno, nombre(s) firma, teléfono y correo electrónico del paciente
16	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó al paciente
7	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó al paciente
8	Ciudad de México	El día, mes y año en que se firma el consentimiento informado por la persona informada.
9	Médico especialista que informa	El apellido paterno, materno, nombre, firma, teléfono y número de red o extensión del médico especialista que está informando.
10	Biólogo encargado del Laboratorio de Reproducción Asistida	El apellido paterno, materno, nombre, firma, teléfono y número de red o extensión del biólogo encargado del Laboratorio de Reproducción Asistida que está informando.

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre"
Elaboró	Revisó	Aprobó

 <p>ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO</p>	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	45 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y 02 copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Contar con la manifestación acreditativa del paciente en relación a la completa comprensión de la información proporcionada y a su participación en el procedimiento médico-quirúrgico.
Responsable del llenado:	El Médico especialista y Biólogo del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:	Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:	La persona informada.
Periodicidad:	Por procedimiento (en la consulta del paciente que requiere el procedimiento).
Documento Suente:	Ninguno.
Se remite a:	Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Mariana Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre" 
Elaboró	Revisó	Aprobó

	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Hoja:	46 de 47	
	Subdirección Médica	Código:	POCH-SME-CGO-FPO/01	
	Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Reproducción Humana	Revisión:	1	
	Procedimiento Operativo para la Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicos	Fecha de elaboración:	28/08/2023	

Anexo 7. Aviso de privacidad para pacientes

	CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"	Hoja:	1 de 1	
	COORDINACION DE PLANEACION Y EVALUACION HOSPITALARIA	Código hospitalario interno:	FO-CPL-CAH- APV-03	
	CALIDAD HOSPITALARIA	Versión:	3	
	AVISO DE PRIVACIDAD PARA PACIENTES	Fecha de aplicación:	20/11/2020	

El Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE para efectos de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás normatividad que resulte y que en lo sucesivo se denominara indistintamente como "El Responsable", con domicilio en Avenida Félix Cuevas 540, Col del Valle Alcaldía Benito Juárez, CP. 03229, de conformidad con lo establecido en el Artículo 26, de la Ley de Datos le informa que tratara los datos personales que recabe de Usted con las siguientes finalidades:

1. Brindarle la atención médica que requiera para lo cual diversos servicios de "El Responsable" "podrían tener acceso a los mismos (laboratorio clínico, radiología e imagen, banco de sangre, etcétera).
2. Remitir sus datos a sus médicos tratantes e interconsultantes.
3. Integrar su expediente clínico.
5. Garantizar un tratamiento correcto.
6. Determinar si requiere ser tratado como paciente vulnerable y de alto riesgo.
7. Para el cumplimiento de los derechos y obligaciones adquiridos.
8. Para encuestas y/o entrevistas de satisfacción de servicios.

Por lo tanto y para alcanzar las finalidades antes expuestas, se tratarán los siguientes datos personales : nombre completo , domicilio, número telefónico de casa o de trabajo u oficina , así como de teléfono móvil, correo electrónico, estado civil, edad, sexo, nacionalidad, fecha de nacimiento, nombre, domicilio y número telefónico de casa o de trabajo u oficina, así como teléfono móvil , correo electrónico , estado civil, edad , sexo, nacionalidad, fecha de nacimiento, nombre domicilio y teléfono de algún familiar que designe como familiar responsable y con quien podamos comunicarnos en caso de urgencia. A fin de poder brindar la atención médico -hospitalaria y conforme a la legislación en salud aplicable, le serán solicitados los siguientes datos personales sensibles: religión, estado de salud actual, padecimientos pasados y presentes, antecedentes heredofamiliares, síntomas, antecedentes patológicos relevantes, antecedentes de salud.

En relación con los datos personales que se mencionan en el párrafo anterior, "El Responsable" se compromete a que el tratamiento será el absolutamente indispensable para las finalidades mencionadas y a tratarlos bajo las medidas de seguridad adecuadas para proteger la confidencialidad de los mismos y que en caso de prever otra finalidad se le solicitará su autorización efectuando la modificación al Aviso de Privacidad respectivo.

Mecanismo para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales (ARCO):

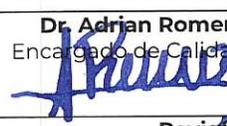
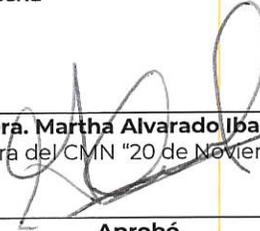
El titular de los datos podrá ejercer sus derechos ARCO personalmente ante la oficina de la Coordinación de Supervisión y Control de la Gestión Hospitalaria, ubicada en Avenida Félix Cuevas 540 Séptimo Piso, Col del Valle, Alcaldía Benito Juárez, CP. 03229, en la Ciudad de México. Le informamos que sus datos personales podrán ser transferidos dentro y fuera del hospital en forma congruente con la finalidad del tratamiento de los datos y la naturaleza jurídica de la relación entre Usted y el "Responsable.

"El Responsable" se reserva el derecho de efectuar en cualquier momento modificaciones o actualizaciones al presente aviso de privacidad.

Manifiesto estar de acuerdo con el trato que se dará a mis datos personales.

 1
 Nombre y firma del paciente
 o representante legal

 Día /Mes /Año
 2 Fecha

Dra. Zoé Gloria Sondón García Encargada del Servicio de Reproducción Humana 	Dr. Adrian Romero Martínez Encargado de Calidad Hospitalaria 	Dra. Martha Alvarado Ibarra Directora del CMN "20 de Noviembre" 
Elaboró	Revisó	Aprobó