

Pruebas Medicas y Geneticas Para Clientes Depositantes

INFORMACIÓN GENERAL:

A todos los pacientes cuyo semen será congelado por Fairfax Cryobank (en adelante denominado “Cryobank”) para procedimientos de fertilidad se les solicita una prueba actual de **anticuerpos de VIH-1 y VIH-2 (SIDA), antígeno de superficie de Hepatitis B y anticuerpo de Hepatitis C**. Si los especímenes se van a utilizar o almacenar en un banco ubicado en el estado de California, también se requieren pruebas de HTLV I/II y sífilis.

Proporcionaré a Cryobank una copia del informe de laboratorio y los resultados de la pruebas mencionadas anteriormente (anticuerpos de VIH-1 y VIH-2 (SIDA), antígeno de superficie de Hepatitis B y anticuerpo de Hepatitis C, además de HTLV I/II y sífilis si mis especímenes se vayan a almacenar y/o utilizar en California) dentro de 15 días. Entiendo que estas pruebas se deben haber realizado en los últimos 30 días. Soy responsable por cualquier cargo incurrido por la fuente externa de pruebas. El incumplimiento de lo anterior ocasionará que mis muestras se pongan en cuarentena hasta que se reciban los resultados de las pruebas. Mientras las muestras estén en cuarentena, entiendo que se me cobrará la tarifa mensual actual de almacenamiento en cuarentena.

Entiendo que ni Cryobank ni su personal son responsables en modo alguno de los resultados de cualquier procedimiento de fertilidad subsiguiente realizado con las muestras de semen que he solicitado que sean examinadas y criopreservadas.

Nombre del cliente (en letra imprenta): _____

Firma de cliente: _____

Fecha _____

Revisado por el personal de Cryobank (firma): _____ Fecha _____