



Ministerio de Salud  
Argentina

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA EN EL CONTEXTO DE COVID-19 EN ARGENTINA**

En el actual contexto de la Pandemia declarada por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD en atención a la aparición y propagación mundial del virus COVID-19, resultando Argentina un país con circulación controlada de dicho virus, y no contándose con un tratamiento antiviral efectivo hasta el momento, ni con vacunas que prevengan el mismo, corresponderá estar a los siguientes términos del presente CONSENTIMIENTO INFORMADO que constituye un ANEXO a aquel CONSENTIMIENTO INFORMADO que corresponda, respecto del cual he/hemos sido informada/o/s que:

### **(1) TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA ADMITIDOS**

Los tratamientos de reproducción humana asistida y procedimientos médicos que los componen que se han admitido realizar, de acuerdo a las RECOMENDACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, pueden ser llevados a cabo en todo establecimiento sanitario habilitado como establecimiento de reproducción humana asistida o banco de gametos, de acuerdo a la Jurisdicción de contralor pertinente y que se halle incluido dentro del REGISTRO FEDERAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Los mismos serán llevados a cabo con sujeción a toda Recomendación del MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN y toda otra regulación dictada por el PODER EJECUTIVO NACIONAL (a través de Decreto, Decisión Administrativa y/o Resolución del MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN) en el marco de las medidas de aislamiento social, preventivo y obligatorio previstas por el Decreto 297/20, concordantes y modificatorias (en adelante, "toda recomendación y



Ministerio de Salud  
Argentina

regulación”), y en particular, debiendo dichos establecimientos sanitarios dar cumplimiento a toda protocolo y medida de seguridad impuestos con motivo del coronavirus COVID-19, responsabilizándose el mismo por todo daño y perjuicio ocasionado con motivo del no cumplimiento de dichas normas de seguridad.

## (2) DEBER DE INFORMACIÓN DEL/LA/ LAS/LOS PACIENTES

He/hemos informado al/la médico/a interviniente que al día de la fecha no tengo/tenemos conocimiento de que exista a nuestro respecto diagnóstico presunto o definitivo de COVID-19, y declaramos que no he/hemos tenido contacto directo con persona/s con diagnóstico presunto o definitivo de COVID-19.

En caso de contar al día de la fecha con diagnóstico presunto o definitivo de COVID-19 corresponderá posponer todo procedimiento o tratamiento de reproducción humana asistida hasta tanto acredite/acreditemos contar con diagnóstico definitivo negativo a su respecto.

Debo/debemos dar estricto cumplimiento a las medidas dictadas a efectos de minimizar la propagación del virus COVID-19, por parte del PODER EJECUTIVO NACIONAL, aquellas dictadas por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o Jurisdicción Provincial donde se lleve adelante alguna de las prácticas del punto (1) del presente y recomendaciones del MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN y MINISTERIO DE SALUD LOCAL, entendiéndose que existe un riesgo de infección viral vinculado a la circulación.

En caso de contar con sintomatología compatible con COVID-19 – de acuerdo a lo informado por el MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN - luego de haberse dado inicio a un tratamiento de reproducción humana asistida o llevar adelante cualquier procedimiento médico vinculado a dicho tratamiento, se informará ello de inmediato al número telefónico provisto por cada MINISTERIO DE SALUD PROVINCIAL y de CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES <sup>1</sup> y de inmediato

---

<sup>1</sup> **Provincia de Buenos Aires:** 148; **Catamarca:** 383-15-423-8872; **Chaco:** 0800-444-0829; **Chubut:** 0800-222-2676; **Ciudad Autónoma de Buenos Aires:** 107/ Whatsapp 11-5050-0147; **Córdoba:** 0800-122-1444; **Corrientes:** 0379-497-4811 / celular 379-4895124; **Entre Ríos:** 0800-777-8476; **Formosa:** 107; **Jujuy:** 0800-888-4767; **La Pampa:** 0800-333-1135/ celulares: 2954-604986/ 2954-619130/ 2302-531304; **La Rioja:** 107/911; **Mendoza:** 0800-800-26843;



Ministerio de Salud  
Argentina

telefónicamente al teléfono \_\_\_\_\_ y/o cualquier medio electrónico provisto por el Establecimiento y/o su personal.

La falta del cumplimiento al deber de información aquí previsto me/nos hará responsable/s civil y/o penalmente respecto de los perjuicios ocasionados al personal de salud y/o administrativo de este, sin perjuicio de cualquier otro tipo de sanción que quepa ser impuesta de acuerdo a la normativa vigente.

### **(3) RIESGO DE CONTRAER COVID-19- MEDIDAS PARA MINIMIZAR LA POSIBILIDAD DE CONTRAER COVID-19**

En caso de no darse estricto cumplimiento a las medidas dictadas a efectos de minimizar la propagación del virus COVID-19, por parte del PODER EJECUTIVO NACIONAL, aquellas dictadas por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o Jurisdicción Provincial donde se lleve adelante alguna de las prácticas en reproducción asistida, y recomendaciones del MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN y MINISTERIO DE SALUD LOCAL, se incrementan mis/nuestras posibilidades de contraer COVID-19. A efectos de evitar contraer el virus COVID-19 he/hemos sido informada/os que resulta fundamental tomar todas las medidas que sean necesarias adoptar en atención a "toda recomendación y regulación" vigente y que resulte dictada.

### **(4) INFORMACIÓN SOBRE EVIDENCIA CIENTÍFICA RELATIVA A EXISTENCIA DE COVID-19 EN TEJIDOS REPRODUCTIVOS Y GAMETOS, O QUE CONTRAINDIQUEN LA CONCEPCIÓN Y/O EL EMBARAZO, O QUE EXISTA**

---

**Misiones:** 0800-444-3400; **Neuquén:** 0800-333-1002; **Río Negro:** 911; **Salta:** 911; **San Luis:** 107; **San Juan:** 107; **Santa Cruz:** 107; **Santa Fe:** 0800-555-6549; **Santiago del Estero:** 0800-888-6737; **Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur:** 107; **Tucumán:** 0800-555-8478 / 0381-430-2228; **Videollamada para personas sordas e hipoacúsica:** La Agencia Nacional de Discapacidad ofrece un servicio exclusivo para personas con discapacidad auditiva, el número 11-5728-4011, disponible de lunes a viernes de 10 a 15 horas.



Ministerio de Salud  
Argentina

## **TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIRUS COVID-19 O DEMÁS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS:**

A la fecha del presente la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD y SOCIEDADES CIENTÍFICAS especializadas en reproducción asistida, ginecología y obstetricia, no habrían informado que exista evidencia científica que haya demostrado la existencia del COVID-19 en tejidos reproductivos o gametos: ovario, vagina, endometrio, testículo, espermatozoide, óvulo o semen. Tampoco existiría evidencia científica informada por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD y/o dichas SOCIEDADES CIENTÍFICAS que se contraindicase en términos generales la concepción y el embarazo en población fértil con motivo del COVID-19.

Tampoco ninguno de los organismos antes mencionados habrían informado que exista transmisión de COVID-19 de madre a hijo (transmisión vertical) a través de la placenta durante el embarazo, ni mayor índice de malformaciones por el virus, ni que se haya demostrado que el embarazo aumente el riesgo de enfermedad y que la infección por COVID19 aumente el riesgo de abortos o complicaciones obstétrica.

Cabrá tener en consideración todo riesgo asociado al tratamiento de reproducción humana asistida o al procedimiento de que se trate y se lleve a cabo, indicado en el CONSENTIMIENTO INFORMADO base del tratamiento (de acuerdo a lo previsto por la Resolución N° 616-E/2017 del MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, o aquella de carácter provincial que corresponda en caso de existir la misma), y que resulta independiente a la PANDEMIA COVID-19, siendo el presente CONSENTIMIENTO INFORMADO ANEXO parte conformante de cualquiera de dichas Resoluciones Ministeriales, o de los instrumentos análogos que se utilicen -en caso de que la misma no haya sido dictada por la Provincia que corresponda-.

Esta información sobre evidencia científica, respecto de COVID-19 en los casos antes descriptos, es dinámica, por lo que se releva por parte del Establecimiento Sanitario de manera constante, procediendo dicho Establecimiento Sanitario a informarme/nos al teléfono que he/hemos provisto frente a cualquier modificación



Ministerio de Salud  
Argentina

a su respecto en caso de encontrarme/nos bajo tratamiento de reproducción humana asistida.

**(5) PLENA Y LIBRE AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD RESPECTO DE ELEGIR ENTRE LAS OPCIONES DE INICIAR UN PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA**

Existe plena y libre autonomía de voluntad de mi/nuestra parte al momento de decidir el/la/los/las firmante/s del presente, si procedo/procedemos a llevar a cabo un procedimiento o tratamiento de reproducción humana asistida, o si por el contrario, decido/decidimos posponer dicho procedimiento o tratamiento de reproducción humana asistida.

El procedimiento de transferencia embrionaria podrá ser realizado de manera inmediata, o dicho procedimiento se podrá diferir a otro ciclo de acuerdo a contingencias y riesgos específicos de distinta índole (ello es, no sólo de tipo médico), vinculados o no a COVID-19.

Por todo lo expuesto, consiento/consentimos realizar el procedimiento o tratamiento de reproducción humana asistida objeto del CONSENTIMIENTO INFORMADO base del presente, en el marco de la pandemia COVID19 en base a la información que he recibido y he comprendido

Firma: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre y Apellido:

DNI: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DNI:



Ministerio de Salud  
Argentina

Teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono:

En la Ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_