

PROGRAMA DE DONACIÓN ANÓNIMA, ALTRUÍSTA Y VOLUNTARIA DE ESPERMATOZOIDES

Consentimiento informado del donante.

v 09.2025

Yo, _____ mayor de edad, nacido en _____,
el ____ de _____ de _____, domiciliado en _____ y teléfono(s)
_____ acepto por propia voluntad participar en el Programa de
Donación de Semen (DonZoide) administrado por el Banco de Semen - Reprovita y por el cual las
muestras que entrego se emplearán en mujeres con el propósito de obtener embarazo de acuerdo
a lo establecido en la Ley N° 19.167 y su reglamentación.

Estoy de acuerdo y acepto el anonimato recíproco entre el donante y la receptora de tal modo que
no pueda existir identificación posible entre ambas partes. Sin embargo, estoy de acuerdo que si el
concebido por esta práctica deseara conocerme lo pueda hacer sin que ello genere para mí obligación
alguna de acuerdo a la Ley vigente.

Renuncio a todo derecho sobre los concebidos con el semen aportado en las condiciones que rezan
en este consentimiento. Del mismo modo no aceptaré ninguna responsabilidad de paternidad sobre
él o ellos.

Acepto la instancia de selección de donantes a cargo del Banco de Semen - Reprovita basada en
tres etapas:

- a. Historia clínica y test psicológico con el fin de establecer mis antecedentes personales
y familiares así como mi estado clínico (psicológico y físico) actual.
- b. Análisis de semen para establecer mi capacidad fertilizante y la tolerancia de los
espermatozoides a la temperatura de -196°C. Estos análisis son: espermograma,
espermocultivo, micoplasma urogenital, criotolerancia espermática, recuperación
espermática pos descongelación, estudio de la fragmentación del ADN espermático.
- c. Análisis de sangre y de orina para certificar mi estado de salud para el ingreso al Programa de
Donación de Semen (DonZoide). Los mismo son: Grupo sanguíneo ABO y Rh, hemograma, FSH,
testosterona, LH, TSH, estradiol, creatinina, urea, glucosa, ferritina, funcional hepático, perfil
lipídico, análisis de orina, serología para toxoplasmosis, HIV, Treponema pallidum (sífilis),
hepatitis B, hepatitis C, citomegalovirus, infecciones del tracto genital (Nesseira
gonorroheae, Chlamydias Trachomatis, Mycoplasma genitalum, Trichomonas vaginalis)
Evaluación de consumo de drogas.
Cariotipo mitótico (estudio cromosómico que determina el número y estructura al
microscopio óptico de los cromosomas. Algunos individuos clínicamente normales pueden
ser portadores de re arreglos cromosómicos balanceados que en la descendencia pueden
desbalancearse dando lugar a infertilidad, abortos y malformaciones) de sangre periférica.
Estudio de estado de portador de enfermedades genéticas recesivas (mutaciones para
Fibrosis quística, Hemoglobinopatías asociadas al gen HBB, Alfa Talasemia, Sordera
autosómica recesiva tipo 1A; Sordera digénica GJB2/GJB6, Hiperplasia adrenal congénita y
atrofia muscular espinal).

Reconozco que soy una persona sana que no consumo medicamentos por mi cuenta ni abuso de drogas (tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, etc.). Reconozco que no estoy en conocimiento de la existencia entre mis familiares directos (hijos, hermanos, padres, abuelos, tíos y primos) de ninguna enfermedad de transmisión hereditaria como por ejemplo, fibrosis quística, enfermedad celíaca, talasemia, hemofilia, malformaciones genéticas, alteraciones cromosómicas, enanismo, sordomudez, poliquistosis renal, retardo mental, esquizofrenia, epilepsia, demencias, distrofias musculares, psoriasis, anemia falciforme, Tay Sach, entre otras.

Acepto que de la instancia de selección surgirá un dictamen inapelable a cargo del responsable del Banco de Semen - Reprovita sobre mi aptitud o no para convertirme en donante de semen. Si de la selección realizada surgiera alguna patología previamente no conocida, la responsabilidad de Reprovita se limitará a informarme y orientarme al respecto. Asimismo entiendo que para ser aceptado como donante debo cumplir con los estándares establecidos por el Banco de Semen - Reprovita de acuerdo a las recomendaciones internacionales. La no aceptación como donante no significa infertilidad.

Entiendo que el Banco de Semen - Reprovita debe informar sobre mi participación al Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Células, Tejidos y Órganos (INDT) manteniendo la confidencialidad de acuerdo con la Ley vigente.

Acepto las condiciones de recolección de las muestras solicitadas por el Banco de Semen - Reprovita, a saber:

1. Abstinencia sexual previa de por lo menos de dos días.
2. Obtener la muestra en el Banco de Semen – Reprovita.
3. Entregar las muestras de semen al Banco de Semen- Reprovita con una frecuencia y en día y hora a combinar de común acuerdo dentro del horario de funcionamiento del laboratorio.
4. El número de muestras a entregar al Banco de Semen - Reprovita será el suficiente como para lograr hasta el máximo de niños nacidos permitidos (veinticinco). Estoy informado de la tasa de embarazo por ciclo de inseminación y el porcentaje de fracasos del Programa de Inseminación Artificial llevado a cabo por Banco de Semen - Reprovita y entiendo que es necesario ese número de muestras para alcanzar el número de niños nacidos por donante señalado más arriba.

Acepto concurrir al Banco de Semen - Reprovita toda vez que me sea solicitado así como realizarme exámenes periódicos de sangre. Acepto informar, durante mi participación en el Programa de Donación de Semen, a Banco de Semen - Reprovita cualquier cambio de mi estado de salud (especialmente infecciones urogenitales), contacto sexual con persona de riesgo de enfermedad de transmisión sexual, administración de droga por vía endovenosa, transfusión de sangre o de cualquiera de sus subproductos (plasma, sueros, plaquetas, albúmina, etc.).

Me comprometo a informar sobre cambios en mi estado de salud aun después de haber finalizado mi participación como donante, sobre todo, si el hecho patológico responde a una condición real o potencialmente transmisible genéticamente. Me comprometo a mantener actualizado en el registro del Banco de Semen - Reprovita mi dirección y teléfono aun cuando haya finalizado mi participación como donante.

Acepto que mi participación en el Programa de Donación de Semen no persigue fin de lucro, que las muestras de semen no tienen precio y que son innegociables. Acepto sí una compensación económica durante mi participación por concepto de gastos de traslados, pérdida de horas laborales y otros gastos atribuibles al cumplimiento de las condiciones exigidas en el presente

acuerdo. Dicha compensación es definida y actualizada por el Banco de Semen-Reprovita. Reconozco que todos los exámenes que se me realizarán no tienen costo alguno para mí. Estoy informado que el Banco de Semen - Reprovita trasladará todos los costos del funcionamiento del Banco incluyendo los costos de mi selección a la receptora.

Me comprometo durante mi participación en el programa DonZoide a tomar todas las medidas posibles para prevenir en mi persona las enfermedades de transmisión sexual y que oportunamente me fueron informadas, así como también me comprometo a no realizar conductas que puedan poner en riesgo la salud fetal (abuso de alcohol, consumo de drogas, manejo de productos tóxicos, aplicación de radio o quimioterapia, etc.). No podré alegar carencia de recursos materiales para justificar una eventual falta de prevención (Ej. no poder comprar preservativos) o justificar la no concurrencia a los controles médicos estipulados (Ej. por carecer de medios para trasladarme) habida cuenta que la remuneración económica que el Banco pone a mi disposición es, en parte, para este fin.

El presente acuerdo quedará sin efecto en el momento en que cualquiera de las partes decida rescindirlo no teniendo nada que reclamar contra Banco de Semen - Reprovita ni las receptoras. Acepto que este documento tiene valor de declaración jurada y por tanto pasible de tratamiento jurídico ante la eventual falsedad u omisión deliberada de la información solicitada.

Consentimiento informado del Donante

V 09.2025 (debe firmarse presentando documento de identidad vigente y frente a profesional de DonZoide)

Quien firma abajo he leído y entendido toda la información contenida en este documento consistente en tres (3) carillas. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas y aclarar las dudas con los responsables del Programa. Es por ello que acepto entregar las muestras de mi semen en las condiciones referidas.

Montevideo, ____/____/____

Nombre completo (Donante): _____

Firma: _____

Documento: _____

Nombre completo (por DonZoide): _____

Firma: _____

Documento: _____