

EL
BANCO
DONDE
EMPIEZA
TODO

SOLICITUD DE CESIÓN SEMEN CONGELADO DE DONANTE CON FINES REPRODUCTIVOS

Fecha: Día Mes Año

CLÍNICA EN LA QUE SE REALIZARÁ EL TRATAMIENTO

Nombre:
Dirección:
Correo electrónico:

DATOS DEL MÉDICO O BIÓLOGO RESPONSABLE

Nombre y Apellidos:
Teléfono de contacto:
Correo electrónico:

DATOS DE LA RECEPTORA

Código de identificación paciente:
Edad receptora:
Raza receptora:
Grupo sanguíneo receptora:
RH receptora:
Color de piel receptora:
Color de cabello receptora:
Tipo de cabello receptora:
Color de ojos receptora:
Estatura receptora:
Peso receptora:
Antecedentes obstétricos:

DATOS PAREJA DE LA RECEPTORA (SI LA HAY)

Edad pareja:
Raza pareja:
Grupo sanguíneo pareja:
RH pareja:
Color de piel pareja:
Color de cabello pareja:
Tipo de cabello receptora:
Color de ojos pareja:
Estatura pareja:
Peso pareja:

Número de pajuelas de semen para esta pareja:

Matching genético: Sí No Si ha marcado SÍ, debe saber que la pareja debe realizarse el estudio genético en Ginemed o en los laboratorios que le indiquemos. *El Matching genético tiene coste adicional.*

Comentarios (Característica especial /técnica de vitrificado especial):

Transporte a cargo de Banco de óvulos Ginemed: Sí No

Tipo de tratamiento: