

EL  
BANCO  
DONDE  
EMPIEZA  
TODO

**SOLICITUD DE CESIÓN DE ÓVULOS VITRIFICADOS DE DONANTE CON FINES REPRODUCTIVOS**

Fecha: Día  Mes  Año

**CLÍNICA EN LA QUE SE REALIZARÁ EL TRATAMIENTO**

Nombre:   
Dirección:   
Correo electrónico:

**DATOS DEL SOLICITANTE**

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 óvulos para esta pareja:

Matching genético: Sí  No

Comentarios (Característica especial /técnica de vitrificado especial):

Transporte a cargo de Banco de óvulos Ginemed: Sí  No

Tipo de tratamiento: