

Aplicación de San Diego Fertility Center para Garantía de Éxito

PADRES PREVISTOS A COMPLETAR

Garantía de Éxito o **Garantía de Éxito eSET** con Pruebas Pre-Genéticas PGS (opcional) **
 Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Pareja _____

Tipo de ciclo – Marque el cuadro que corresponda a su tipo de ciclo e introduzca el código o el nombre de su donante y o madre subrogada.

- FIV (Utilizando sus propios óvulos y matriz)
 Código de donante de SDFC _____ Código de donante de Agencia _____ Nombre de donante conocida: _____
 Nombre de Madre Subrogada: _____
 Código de donante o nombre: _____ /Nombre de Madre Subrogada: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL COMITE DE REVISION SOLAMENTE

Resultados de Evaluación de Proveedora de óvulos (ovocitos)– Resultados más recientes

Día 3 FSH (<9.0) _____ mIU/ml Estradiol (<65) _____ pg/ml Fecha completado: _____

Recuento de folículos antrales: _____ (deben ser 12 o más) y HAM >1.5 _____ Fecha completado: _____

Recibidora de Embriones - *Evaluación de la cavidad uterina (dentro de los últimos 12 meses)*

IMC _____ (debe ser <30) Grosor Endometrial > 8mm TL _____

Sonohisterograma (SHG) _____ Fecha realizado _____ Locación _____

Histeroscopia (HSC) _____ Fecha realizado _____ Locación _____

Histerosalpingografía (HSG) _____ Fecha realizado _____ Locación _____

Evidencia de Hidrosalpinx _____ Fecha de cirugía _____ Evidencia de etapa 3 o mayor de Endometriosis _____

Fibromas- Submucosa _____ Cirugía Requerida _____ Fecha _____ Intramural _____ Tamaño _____ (debe ser <3cm)

Detección de Enfermedades Infecciosas – Analíticas deben ser dentro de lo normal **Calificaciones de espermatozoides** – ICSI a discreción de laboratorio

Femenina _____ Masculino _____ (Fechas completados) Donante de Esperma Si / No MESA/TESE: Si / No Respaldo Requerido

Resultado de Ciclo de FIV Anterior - debe ser >5 embriones y <3 ciclos de FIV fallidos

Fecha _____ Locación _____ # de óvulos _____ # of embriones _____ # transferidos _____

Resultado anterior de Ciclo de FIV en SDFC con Garantía de Éxito

1. Fecha completado _____ # de Embriones creados _____ Tipo de Garantía - SG eSET

2. Fecha completado _____ # de Embriones creados _____ Tipo de Garantía - SG eSET

3. Fecha completado _____ # de Embriones creados _____ Tipo de Garantía - SG eSET

Elegibilidad

Medico:

Coordinadora:

Fecha Revisado: _____ Criterio: Elegible _____ **Inelegible:** _____

Firma de Comité: _____

Solamente Finanzas

Fecha sometido para aprobación: _____ Fecha de notificación al paciente: _____ Iniciales de Finanzas _____

Credito o deducciones de Paquete de Base \$ _____ % _____ Cantidad de Reembolso \$ _____