

## SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE EMBRIONES

(Para ser completado por el médico tratante)

Dejo constancia que la paciente (Nombre y Apellido) \_\_\_\_\_  
se encuentra en condiciones de comenzar la estimulación endometrial para la transferencia de embriones.

<b>Fecha FIV/ICSI</b> <small>(Fecha del procedimiento donde fueron generados los embriones a transferir)</small>	<b>FECHA COMIENZO ESTIMULACIÓN ENDOMETRIAL</b>	<b>FECHA PROBABLE DE TRANSFERENCIA</b>
<p style="text-align: center;">____ / ____ / ____</p>	<p style="text-align: center;">____ / ____ / ____</p>	<p style="text-align: center;">____ / ____ / ____</p>
<p style="text-align: center;">_____ <b>Firma y sello médico</b></p>		

### A este formulario debe adjuntarse:

- Pedido médico con fecha actualizada.
- Copia de protocolo FIV/ICSI.
- Última ecografía TV realizada.
- Estudios complementarios que justifiquen el diferimiento de la transferencia (laboratorio, ecografía, etc.) en caso de no haber realizado transferencia en fresco.
- Finalizada la transferencia deben presentar el resultado de la Beta.