

⊗ CryoGam  
♀ Colorado, LLC

**Autorización para la Liberación del Semen**

Estoy mandando a \_\_\_\_\_ a CryoGam Colorado, LLC para obtener muestras de semen criopreservadas para la inseminación artificial. He informado a la paciente de los riesgos y limitaciones de la inseminación artificial. Estoy autorizando a la paciente obtener muestras directamente de CryoGam Colorado, LLC, o solicitar ordenes de entrega de mi oficina cuando este necesario. La paciente está de acuerdo que todas las muestras obtenidas de CryoGam Colorado, LLC están *solamente* por su propio uso. Nuestra oficina estará ejecutando la inseminación, o va a dar a la paciente consejo en la manera de hacer inseminaciones en casa\*.

Firma del Doctor: \_\_\_\_\_

Fecha Firmado: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono del Doctor: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Dirección del Doctor: \_\_\_\_\_

\*Por favor, nota que inseminación en casa no está permitido en todos los estados. Por favor, cerciorarse con las regulaciones de su estado respecto a este procedimiento.