



Fecha de la solicitud:	
------------------------	--

### CLÍNICA EN LA QUE SE REALIZARÁ EL TRATAMIENTO:

Nombre de la clínica:	
Dirección completa:	
Email de contacto:	

### DATOS DEL MÉDICO RESPONSABLE:

Nombre y apellidos:	
Teléfono de contacto:	
Email de contacto:	

## CARACTERÍSTICAS DE LA PAREJA

PAREJA	CARACTERÍSTICAS	RECEPTORA ♀
	Nº de historia	
	Edad	
	Raza	
	Grupo y RH	
	Altura	
	Peso	
	Color de pelo	
	Textura del pelo	
	Color de ojos	
	Color de piel	
País de residencia receptora:		
Fecha de entrega de las muestras:		
Test Cribado Gen:		Código Informe:

**NOTA:** La donante será seleccionado de acuerdo a las características que más se aproximen a la pareja de la receptora o, en su defecto, a la receptora. Si se desea más un parecido a la receptora, por favor, indicadlo.

<b>Matching genético:</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si ha marcado Sí, debe saber que la pareja debe realizarse el estudio genético en Innova Cryobank o en los laboratorios que le indiquemos. <b>El Matching genético tiene coste adicional.</b>
---	---

## CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

TIPO DE MUESTRA	UNIDADES DE 0,5 ML.	TIPO DE CICLO
Semen Capacitado (IUI-ready) <input type="checkbox"/> Semen sin capacitar <input type="checkbox"/> Muestra vitrificada <input type="checkbox"/>		IAD <input type="checkbox"/> FIV <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/>