

### **Contrato PARA ANALIZAR, PROCESAR Y ALMACENAR SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL CON CONSENTIMIENTO PLENO**

El(Los) que suscribe(n) (en adelante, el "**CLIENTE**"), en nombre y representación propia y de su hijo(a) por nacer (en adelante, la "**Bebe**"), contrata(n) a Cryo-Cell International, Inc. (en adelante, "**CCEL**") para que procese, criopreserve y almacene las células madre obtenidas del cordón umbilical y/o de la sangre placentaria tomadas del Bebe al nacer y para que analice la sangre de la madre del Bebe, sujeto a los siguientes términos y condiciones (en adelante, el presente "**Contrato**"). El presente se celebra a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_, de 200\_\_\_\_ (en adelante, la "**Fecha de Inscripción**") y obliga a CCEL y al CLIENTE, así como a la madre biológica del Bebe.

1. **Servicios de CCEL: Análisis, Procesamiento, Preservación y Almacenamiento.**

CCEL analiza, procesa, preserva por métodos criogénicos y almacena las células madres o progenitoras que se hayan obtenido del cordón umbilical y/o de la sangre placentaria (en adelante, la "**Muestra**") tomadas del Bebe al nacer; CCEL también analiza la sangre que no constituye la Muestra (en adelante, la "**Sangre Materna**") perteneciente a la madre biológica del Bebe (en adelante, la "**Madre**"). CCEL proporciona al CLIENTE un kit de recolección para la obtención de la Sangre Materna y de la Muestra para que sean usadas en el Parto. Al recibir la Muestra y la Sangre Materna, CCEL las analiza de la siguiente manera: (a) en la Muestra, una prueba de detección microbiológica y (b) en la Sangre Materna, una prueba de detección de sífilis, hepatitis B, hepatitis C, VIH, citomegalovirus o CMV y virus linfotrópico de la célula T humana o HTLV (denominadas colectivamente como los "**Análisis**"). Si se acepta el almacenamiento de la Muestra, CCEL procesa y almacena la Muestra en una unidad criogénica de almacenamiento celular (en adelante, la "**Unidad**") hasta el término de este Contrato. Si fuera necesaria una extracción adicional de Sangre Materna, el laboratorio deberá recibir esta nueva muestra rápidamente. Las obligaciones de CCEL quedan expresamente limitadas a los servicios que se describen en el presente contrato.

2. **Responsabilidad del CLIENTE.** En la Fecha de Inscripción, el CLIENTE completará el Formulario de Inscripción (**Anexo 1**) y la Historia Clínica Materna, que incluye los antecedentes médicos personales y familiares o los genéticos (**Anexo 3**) y seleccionará al personal calificado para extraer, preparar y rotular la Sangre Materna y la Muestra que deberá entregar a CCEL. El CLIENTE acepta leer y otorgar la Autorización para Extraer Sangre del Cordón Umbilical y Sangre Materna y la Exención de Responsabilidad (**Anexo 5**). Tanto la selección del personal calificado para extraer, preparar y rotular la Sangre Materna y la Muestra como el pago de sus servicios serán obligación exclusiva del CLIENTE. CCEL no selecciona, recomienda o determina en modo alguno quién prestará esos servicios. Existen circunstancias que pueden impedir

que se realice la extracción de la Muestra o de obtener un volumen suficiente de Sangre Materna y de la Muestra. El CLIENTE notificará al servicio de mensajería puerta a puerta (*courier*), realizará el envío y, si el CLIENTE no fuera residente de los EE.UU. o de Puerto Rico, pagará el envío de la Muestra y de la Sangre Materna hasta las instalaciones de procesamiento y almacenamiento de CCEL dentro de las 48 horas siguientes a la extracción de la Muestra y de la Sangre Materna. El servicio de mensajería puerta a puerta seleccionado no es representante de CCEL y CCEL no se responsabiliza por el deterioro, la pérdida o la destrucción de la Muestra y de la Sangre Materna antes de que este material llegue a las instalaciones de CCEL.

3. **Vigencia del Contrato.** Este Contrato tendrá una vigencia de un año a partir de la fecha de nacimiento del Bebe y será renovado automáticamente por períodos sucesivos de un año a menos que se rescinda, conforme a las condiciones estipuladas en la **Cláusula 16** del presente o bien, continuará en plena vigencia por el plazo de veintinueve años a partir de la fecha de nacimiento del Bebe si el CLIENTE elige el Plan de Almacenamiento por 21 Años (**Anexo 2**).

4. **Condiciones de almacenamiento.** La Muestra será almacenada en las siguientes condiciones:

- (a) En principio la Muestra será almacenada en una Unidad de CCEL ubicada en Oldsmar, Estado de la Florida. CCEL se reserva el derecho de trasladar la Muestra a otra Unidad ubicada dentro de los Estados Unidos. En caso de trasladar la Muestra, CCEL notificará este hecho al CLIENTE dentro de los 60 días posteriores al traslado.
- (b) La Muestra será almacenada en forma aislada de otras muestras:
- (c) CCEL puede negarse a almacenar la Muestra por cualquier motivo, incluso por razones de antigüedad de la muestra a criterio de la administración.

- (d) La Muestra será almacenada siempre que se hayan pagado oportunamente todos los cargos que correspondan.
  - (e) CCEL patrocina el programa denominado *Cryo-Cell Cares™*, conforme a sus términos y condiciones (adjunto al presente como **Anexo 6**).
5. **Cargos por los Servicios.** En la Fecha de Inscripción, al completar el **Anexo 2** el CLIENTE deberá optar por el Plan de Almacenamiento Anual o bien, por el Plan de Almacenamiento por 21 Años. Los cargos correspondientes al Plan de Almacenamiento Anual, al Plan de Almacenamiento por 21 Años y los costos administrativos, la prestación, se describen en el **Anexo 2**.
- (a) Plan de Almacenamiento Anual. El Plan de Almacenamiento Anual incluye un cargo por el Procesamiento y Análisis y un cargo por el Almacenamiento Anual. Si hubiera un retraso del Pago superior a 30 días, se realizará un cargo adicional de diez por ciento (10%) por concepto de penalización por mora sobre el Plan de Almacenamiento Anual.
  - (b) Plan de Almacenamiento por 21 Años. Conforme al Plan de Almacenamiento por 21 Años, el CLIENTE pagará por única vez el cargo por Procesamiento y Análisis y un cargo por el Almacenamiento de la Muestra por un lapso de 21 años. El pago del Plan de Almacenamiento por 21 Años no es reembolsable.
  - (c) Costos administrativos. En caso de que el CLIENTE no cumpla con el envío de la Muestra y de la Sangre Materna a CCEL o bien, cuando CCEL no acepte procesar o almacenar la Muestra, el CLIENTE será igualmente responsable por los gastos de administración que se describen en el **Anexo 2**. El cargo de administración es obligatorio desde el momento en que se completa la inscripción y se envía a través de la Internet, por teléfono o en forma impresa.
  - (d) **Reembolso de la recolección.** Si la muestra no es procesada, el médico no estará autorizado a percibir el reembolso por la recolección.
6. **Consentimiento pleno otorgado por la Madre con conocimiento del análisis de sangre para detectar enfermedades infecciosas.** La Madre otorga su consentimiento para que se realice el Análisis de Sangre Materna y acepta haber leído y otorgado el debido Consentimiento Pleno que se muestra en el **Anexo 4**. Si alguno de los resultados de las pruebas resultara positivo será mostrado tanto a la Madre como al médico que se indique al momento de la inscripción. Si la prueba de detección de VIH resultara positiva se realizará otro análisis para confirmar ese resultado. Si se confirmara la detección de VIH, la Madre otorgará su consentimiento para entregar estos resultados al médico que ella haya indicado en el

formulario de Consentimiento Pleno y que se muestra en el **Anexo 4**. Ciertas leyes exigen a CCEL u otros laboratorios que realizan los análisis que informen los resultados de esos análisis a ciertas entidades del gobierno. La Madre otorga su consentimiento para informar los resultados de sus análisis a las entidades del gobierno conforme a la ley. Si alguno de los resultados de las pruebas resultara positivo, CCEL podrá negarse a continuar almacenando la Muestra. El CLIENTE pagará el costo de cualquiera de esos análisis de confirmación, además del costo del envío de la Sangre Materna a otro laboratorio de análisis. CCEL no asume responsabilidad u obligación alguna por los análisis de confirmación que se realicen en otro laboratorio.

7. **Declaraciones y garantías dadas por el CLIENTE.** El CLIENTE declara y garantiza que: (a) es el padre o la madre o el representante legal del Bebe; (b) el CLIENTE ha tenido oportunidad de consultar a su propio asesor legal para evaluar este Contrato y los formularios relacionados con el presente y que el CLIENTE ha leído atentamente y comprende todos los términos y condiciones de este Contrato; (c) la decisión de recolectar la Muestra y la Sangre Materna, hacer analizar la Sangre Materna, así como hacer procesar y almacenar la Muestra es un acto completamente voluntario del CLIENTE; (d) el CLIENTE ha conversado sobre este Contrato con un profesional médico competente, que no es empleado ni representante de CCEL y que, (e) el CLIENTE asume los riesgos inherentes a la recolección, la preservación y al uso futuro que eventualmente se le pudiera dar a la Muestra.
8. **Riesgo asumido por el CLIENTE.** El CLIENTE acepta las condiciones, las limitaciones, los riesgos y los cargos del procesamiento, análisis y almacenamiento de la Muestra y reconoce que ha sido debidamente informado(a) acerca de todo ello. El CLIENTE reconoce que la Muestra puede no ser utilizada. El CLIENTE asume todos los riesgos inherentes a la extracción, empaque y envío de la Muestra y Sangre Materna a CCEL.
9. **Obligaciones y derechos sobre la Muestra.**
- (a) Si sólo uno de los padres o representante legal del Bebe fuera el CLIENTE, esa persona será la única responsable de todas las obligaciones y tendrá todos los derechos inherentes al CLIENTE, entre otros, el control de la Muestra. Si más de uno de los padres o representante legal del Bebe fuera el CLIENTE, cada uno de ellos será colectiva e individualmente responsable y los derechos conferidos por el presente corresponderán de manera colectiva a los padres o representantes legales, incluso a el control de la Muestra. El ejercicio de todo derecho conferido por el presente y el derecho de control sobre la Muestra requerirán de notificación enviada por escrito a CCEL y firmada por cada una de las personas, denominadas en conjunto como el CLIENTE.
  - (b) CCEL podrá deshechar todos los componentes celulares de la sangre (entre otros, el plasma y los

glóbulos rojos) que resulten después de procesar la Muestra y que no sean criopreservados.

- (c) Si conforme a la **Cláusula 16(c)** CCEL rescinde este Contrato o si el plazo de este Contrato vence sin que el CLIENTE haya remitido a CCEL un formulario de solicitud para recuperar la Muestra, el CLIENTE renunciará a todos sus derechos sobre la Muestra y a todo reclamo sobre ella, y CCEL tendrá derecho a utilizar, **[donar con fines de investigación]** o deshechar la Muestra.
  - (d) Si al momento de cumplir la Criatura la mayoría de edad este Contrato aún estuviera vigente, CCEL reconocerá cualquier reclamo del Bebe sobre la Muestra. Si el CLIENTE eligió el Plan de Almacenamiento Anual al momento de la inscripción, la Criatura y/o el CLIENTE podrán continuar pagando el cargo por el almacenamiento anual a CCEL para que continúe almacenando la Muestra. Si el CLIENTE eligió el Plan de Almacenamiento por 21 años, antes que se cumpla el plazo de almacenamiento por veintiún (21) años, el CLIENTE o la Criatura deberá notificar a CCEL por escrito si desea que CCEL continúe almacenando la Muestra y en ese caso, deberá pagar el cargo por el almacenamiento anual vigente en ese momento.
10. **Recuperación de la Muestra.** La Muestra almacenada estará disponible para acceder a ella o para su envío hacia fines del 15º día laboral subsiguiente a la fecha de recepción de la solicitud escrita enviada por el CLIENTE a CCEL. La solicitud se deberá presentar en el formulario de solicitud suministrado por CCEL, deberá estar firmada por cada una de las personas, denominadas en conjunto como el CLIENTE, y deberá indicar el nombre y el domicilio del profesional médico a quien se entregará la Muestra y la fecha de envío solicitada. El CLIENTE deberá pagar todos los cargos de transporte y entrega de la Muestra.
11. **Exención de responsabilidad.** Sin perjuicio de lo estipulado en el programa denominado *Cryo-CellCares™*, ni a CCEL así como a ninguno de sus funcionarios, directores, accionistas, ejecutivos, empleados, representantes o asesores han ofrecido declaraciones, garantías, seguridad explícita o implícita de ninguna índole al CLIENTE en relación al éxito de la recolección, el transporte, los análisis, el procesamiento, la criopreservación, el proceso de almacenamiento o el uso que se dará a la Muestra. El CLIENTE reconoce expresamente la siguiente exención de responsabilidad y exime de toda responsabilidad a CCEL y a las personas antes nombradas:
- (a) Si bien ciertos integrantes de la comunidad médica recomiendan almacenar las células madre para ponerlas a disposición de los futuros avances tecnológicos, CCEL se exime expresamente de dar garantía o asegurar que la Muestra alguna vez tendrá valor terapéutico o de otra índole.
  - (b) CCEL se exime expresamente de dar garantía o asegurar que la Muestra y la Sangre Materna serán obtenidas o que habrá un volumen de Muestra suficiente para analizar, procesar y almacenar o para

darle algún otro uso posterior.

- (c) CCEL se exime expresamente de toda responsabilidad si el personal seleccionado por el CLIENTE no fuera competente para extraer la Sangre Materna o la Muestra o un volumen de Muestra suficiente para que sea analizada, procesada y almacenada o para darle algún otro uso posterior.
  - (d) CCEL se exime expresamente de toda responsabilidad por cualquier daño, destrucción o pérdida de la Muestra o de la Sangre Materna que pudiera ser ocasionado por el servicio de mensajería puerta a puerta seleccionado por CCEL.
  - (e) CCEL no ofrece servicios médicos, asesoramiento médico, consejos médicos, y de ninguna manera cumple otras funciones más que aquellas expresamente mencionadas; CCEL se exime expresamente de toda responsabilidad por la prestación de cualquier otro servicio.
12. **Limitación de responsabilidad. EL CLIENTE ACEPTA QUE LA RESPONSABILIDAD DE CCEL POR PÉRDIDAS, DAÑOS, DETERIOROS O RECLAMOS DE CUALQUIER ÍNDOLE CON RELACIÓN A ESTE CONTRATO O A LOS SERVICIOS PRESTADOS POR CCEL SE LIMITARÁ A LA DEVOLUCIÓN DE UNA SUMA IGUAL A TODOS LOS CARGOS QUE EL CLIENTE HAYA PAGADO A CCEL. ESTA LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD TAMPOCO SERÁ REDUCIDA EN MODO ALGUNO COMO CONSECUENCIA DEL PROGRAMA CRYO-CELL CARES™.**
13. **Renuncia a daños consecuentes. EL CLIENTE ACEPTA QUE EN NINGÚN CASO CCEL SERÁ RESPONSABLE ANTE EL CLIENTE O UN TERCERO POR LOS DAÑOS CONSECUENTES, ESPECIALES, IMPREVISTOS, EMERGENTES O SIMILARES DE CUALQUIER ÍNDOLE, QUE SURJAN DE ESTE CONTRATO O QUE EN MODO ALGUNO SE RELACIONEN CON ÉL, O QUE SURJAN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR CCEL. ASIMISMO EL CLIENTE RENUNCIA EXPRESAMENTE A TODO DERECHO QUE LE PUDIERA CORRESPONDER EN RAZÓN DE LOS DAÑOS MENCIONADOS HASTA EL MÁXIMO ALCANCE QUE LAS LEYES PERMITAN.**
14. **Fuerza mayor. EL CLIENTE ACEPTA QUE CCEL NO SERÁ RESPONSABLE POR PÉRDIDAS, DETERIOROS O DESTRUCCIÓN TOTAL O PARCIAL DE LA MUESTRA QUE SURJAN DE CAUSAS O HECHOS QUE EXCEDAN EL CONTROL RAZONABLE POR PARTE DE CCEL, INCLUYENDO ENTRE OTROS, INCENDIOS, EXPLOSIONES O FALTA DE SUMINISTRO ELÉCTRICO, DESASTRES NATURALES, ACTOS TERRORISTAS O GUERRAS.**
15. **Liberación de responsabilidad.** El CLIENTE acepta que la(s) persona(s) a favor de quien(es) se almacena la Muestra, o a quien(es) se le(s) entregará la Muestra posteriormente,

se someterá(n) en todo momento a lo dispuesto por este Contrato, por la razón que fuera. El CLIENTE liberará de toda responsabilidad a CCEL, al hospital y a los médicos del CLIENTE, así como a sus respectivos representantes, empleados, funcionarios, directores, accionistas y filiales (denominados colectivamente, las partes "Indemnes") frente a toda queja, responsabilidad, demanda y pretensión legal que se presente contra los Indemnes (denominada colectivamente, los "Reclamos") que fueran iniciados por cualquier persona física o jurídica, incluyendo a los terceros beneficiarios del presente Contrato. Esta liberación de responsabilidad incluye asimismo todos los Reclamos presentados contra las partes Indemnes por la Criatura o cualquiera de sus padres, el representante legal, la madre biológica o la Criatura de la persona(s) a favor de quien se almacene la Muestra, sea o no parte integrante de este Contrato.

16. **Rescisión del Contrato.** El presente podrá ser rescindido (a) por el CLIENTE en cualquier momento antes de que se efectúe la recolección de la Muestra; (b) por CCEL en ejercicio de su derecho a negarse a almacenar la Muestra por la razón que fuera; (c) por CCEL cuando no reciba el pago puntual de las deudas por vencer y en ese caso, cuando la deuda en mora no se subsane dentro de los 60 días posteriores a la notificación enviada por CCEL con relación a la falta de pago; (d) por contrato mutuo entre el CLIENTE y CCEL; o (e) por cualquiera de las partes con un previo aviso por escrito enviado a la otra parte con 60 días de anticipación. Si este Contrato se rescinde conforme a las **Cláusulas 16(a) o (b)**, el CLIENTE será responsable y deberá pagar los cargos administrativos que se indican en el **Anexo 2**. Todos los cargos que el CLIENTE pague a CCEL no serán reembolsables. Sin perjuicio de lo previsto anteriormente, cuando este Contrato sea rescindido por CCEL conforme a la **Cláusula 16(e)**, y si el CLIENTE ya hubiera efectuado el pago por el Plan de Almacenamiento por 21 Años, CCEL le reintegrará al CLIENTE una suma proporcional del cargo de almacenamiento correspondiente al lapso restante del Plan de Almacenamiento por 21 Años que no se haya usado. Al momento de la rescisión de este Contrato, el CLIENTE renuncia a todo reclamo y acepta que CCEL no tendrá ninguna responsabilidad ante el CLIENTE o con respecto a la Muestra.
17. **Arbitraje.** Toda controversia que surja en virtud de este Contrato se resolverá por la vía del arbitraje, conforme se establece en la **Cláusula 17**. El CLIENTE acepta que antes de recurrir al arbitraje tanto el CLIENTE como CCEL intentarán resolver la controversia mediante negociaciones como partes de buena fe del presente Contrato. Si las partes del presente no estuvieran en condiciones de resolver la controversia, cualquiera de ellas podrá iniciar el proceso de arbitraje mediante solicitud presentada por escrito ante la Asociación Estadounidense de Arbitraje ("AAA") y a la otra parte de la controversia. El arbitraje tendrá lugar en Tampa, Estado de la Florida a menos que el CLIENTE y CCEL acuerden lo contrario. En el arbitraje se aplicarán las normas del Derecho del Proceso Civil y de la Presentación de Elementos Probatorios del Estado de la Florida (*Florida Rules of Civil Procedure and Evidence*), a menos que el CLIENTE y CCEL acuerden lo contrario.

Toda decisión emitida por el(los) árbitro(s) o mediador(es) será definitiva, vinculante y concluyente para las partes y el arbitraje será el único método para la resolución de controversias que emanen de este Contrato. Cualquier juzgado competente podrá dictar sentencia en razón de la decisión final del mediador. Este párrafo sobre arbitraje y todo dictamen o decisión tomada por el(los) mediador(es), así como las órdenes de comparecencia con presentación de elementos probatorios que sean autorizadas o emitidas por el(los) mediador(es) serán exigibles específicamente en la corte o por el(los) mediador(es). Los costos del arbitraje serán pagados por partes iguales entre CCEL y el CLIENTE.

18. **Ley aplicable, Jurisdicción y Competencia; Honorarios de Abogados.** Este Contrato se rige por las leyes del Estado de la Florida. De conformidad con las disposiciones de arbitraje obligatorio establecidas en la **Cláusula 17**, toda acción judicial que se inicie contra CCEL o contra el CLIENTE en virtud de este Contrato será presentada ante un tribunal del Condado de Pinellas, Estado de la Florida. CCEL y el CLIENTE se someten al arbitrio exclusivo de los tribunales mencionados, renuncian expresamente a cualquier otro fuero o jurisdicción y convienen que se someterán de manera irrevocable a toda sentencia que dicten los tribunales mencionados. La parte vencedora en ese juicio tendrá derecho a la adjudicación de los honorarios de su abogado, honorarios de los asistentes de los abogados, costos y gastos incurridos en dicho proceso.
19. **Normas futuras.** El gobierno puede cambiar o adoptar en el futuro nuevas normas y regulaciones que afecten o restrinjan los servicios de CCEL. CCEL tendrá derecho a rescindir este Contrato hasta el alcance permitido por ley sin obligación o recurso alguno para con el CLIENTE. CCEL tendrá derecho a modificar sus procedimientos y a tomar las medidas necesarias con el fin de dar cumplimiento a los cambios que establezcan las nuevas normas, regulaciones, estándares y procedimientos, sin obligación o recurso alguno para con el CLIENTE.
20. **Confidencialidad; Consentimiento de Divulgación.** CCEL reconoce la naturaleza confidencial de la información proporcionada por el CLIENTE y, de no ser el CLIENTE, la madre biológica del Bebe, acuerda realizar sus mejores esfuerzos dentro de lo razonable para mantener la confidencialidad de la información, salvo que la ley requiera lo contrario o que este Contrato permita lo contrario. El CLIENTE y, de no ser el CLIENTE, la madre biológica del Bebe por medio del presente acepta que se divulgue y se entregue esa información confidencial al hospital, laboratorio o médico que presten los servicios al CLIENTE o, de no ser el CLIENTE, a la madre biológica del Bebe.
21. **Partos múltiples.** En el caso de partos múltiples, si el CLIENTE desea contratar a CCEL para que procese, criopreserve y almacene la sangre del cordón umbilical de cada Criatura, el CLIENTE deberá marcar la casilla correspondiente en el Formulario de Inscripción.

22. **Muerte o incapacidad.** En el caso de muerte o incapacidad sobreviniente del CLIENTE, CCEL podrá cumplir las instrucciones del tutor o curador judicial, guardián, administrador o albacea testamentario de los bienes del CLIENTE, o de otro responsable semejante, sucesores o derechohabientes respecto de un decreto sobre un inmueble del CLIENTE.
23. **Cesión.** CCEL podrá ceder este Contrato a toda persona física o jurídica que preste un servicio similar. Si otra compañía se uniera o se fusionara con CCEL o la adquiriera, CCEL exigirá que los términos y condiciones de este Contrato continúen en plena vigencia.
24. **Notificación.** Se tendrá por dada fehacientemente toda notificación que se entregue en persona o que se envíe por correo expreso, registrado o certificado, con franqueo pago. Las notificaciones dirigidas a CCEL deberán enviarse a *Cryo-Cell International, Inc, 700 Brooker Creek Blvd., Suite 1800, Oldsmar, Florida 34677*. Las notificaciones dirigidas al CLIENTE serán enviadas al domicilio consignado debajo de la firma del CLIENTE. Será fehaciente toda notificación que se entregue o se reciba en persona. El CLIENTE acepta notificar inmediatamente por escrito a CCEL cualquier modificación que afecte su nombre, dirección postal actual o la representación legal del Bebe.
25. **Contrato definitivo.** Este Contrato y sus Anexos constituyen el contrato definitivo entre CCEL y el CLIENTE y, de no ser el Cliente, entre CCEL y la madre biológica del Bebe, con exclusión de cualquier otro contrato o contrato previo que se hubiere celebrado en forma oral y/o escrita.
26. **Supervivencia.** Todos los términos y condiciones estipulados en el presente que requieran cumplimiento efectivo o ejecución tras la extinción de este Contrato sobrevivirán a la extinción del presente Contrato.
27. **Divisibilidad.** Si alguna disposición de este Contrato fuera nula o inválida, esa disposición se considerará modificada hasta el alcance necesario para que sea válida, y este Contrato se mantenga en plena vigencia.
28. **Encabezados.** Los encabezados de este Contrato se usan únicamente a modo de referencia y no afectan el significado o la interpretación del presente.

---

**CLIENTE:**

---

Firma de la Madre o representante legal (Obligatorio)

---

Firma del Padre o representante legal (Opcional)

---

Escribir el nombre en letra de imprenta (Nombre) (Apellido)

---

Escribir el nombre en letra de imprenta (Nombre) (Apellido)

---

**MADRE BIOLÓGICA:**

---

Firma de la madre biológica (Obligatorio si la madre biológica no fuera el CLIENTE)

---

Escribir el nombre en letra de imprenta (Nombre) (Apellido)

# CryoCell

INTERNATIONAL

## Innovative Stem Cell Solutions

### FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Por favor escriba en letra de imprenta legible y complete toda la información solicitada.

**NOTA: LAS PERSONAS QUE ENVÍEN SUS FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN DENTRO DE LOS 30 DÍAS DE LA FECHA PROBABLE DE PARTO RECIBIRÁN UN KIT DE RECOLECCIÓN POR SERVICIO DE MENSAJERÍA PARA EL DÍA SIGUIENTE.**

Marque una casilla si su embarazo es múltiple:  Mellizos Ud. recibirá: (2 Equipos)  Trillizos (3 Equipos)  Cuatrillizos (4 Equipos)

#### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA MADRE:

<b>Prefijo</b>	<b>Primer nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>	<b>Apellido</b>
Domicilio postal: _____			
Ciudad: _____	Estado: _____	País (fuera de los EE.UU.): _____	CP: _____
Teléfono (Hogar): _____	Fecha de nacimiento de la madre: _____		
(Celular): _____	Correo electrónico: _____		
Fecha probable de parto: _____	¿Cuántos hijos tiene actualmente? _____		
Nº de Identificación Única: _____ - (Nº del Seguro Social, Nº de Lic. de Conductor, Visa, Pasaporte)			

#### INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE:

<b>Prefijo</b>	<b>Primer nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>	<b>Apellido</b>
Domicilio postal: <input type="checkbox"/> Domicilio del Padre es igual al de la madre.			
Domicilio postal: _____			
Ciudad: _____	Estado: _____	País (fuera de los EE.UU.): _____	CP: _____
Teléfono (Hogar): _____	Fecha de nacimiento de la madre: _____		
(Celular): _____	Correo electrónico: _____		
Fecha probable de parto: _____	¿Cuántos hijos tiene actualmente? _____		
Nº de Identificación Única: _____ - (Nº del Seguro Social, Nº de Lic. de Conductor, Visa, Pasaporte)			

#### HOSPITAL o MATERNIDAD: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País (fuera de los EE.UU.): \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

#### NOMBRE DE OBSTETRA O PARTERA: \_\_\_\_\_ MD (Médico) DO (Obstetra) CNM (Partera)

Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País (fuera de los EE.UU.): \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

**¿Cómo se enteró de la existencia de CRYO-CELL? Indique la opción más aproximada. Si la opción está seguida de +/^ por favor, aclare más abajo.**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médico/Partera +              | <input type="checkbox"/> Recomendación Personal/ CLIENTE + | <input type="checkbox"/> www.Cryo-Cell.com               | <input type="checkbox"/> Revista American Baby Magazine |
| <input type="checkbox"/> Clínica de Ecosonograma       | <input type="checkbox"/> Ya soy CLIENTE                    | <input type="checkbox"/> www.BabyCenter.com              | <input type="checkbox"/> Revista Parenting Magazine     |
| <input type="checkbox"/> Curso prenatal ^              | <input type="checkbox"/> Abuelos/Pariente                  | <input type="checkbox"/> mommysavvy.com                  | <input type="checkbox"/> Revista BabyTalk Magazine      |
| <input type="checkbox"/> Centro médico ^               | <input type="checkbox"/> Envío postal directo ^            | <input type="checkbox"/> www.ParentsGuideCordBlood.com   | <input type="checkbox"/> Revista Fit Pregnancy Magazine |
| <input type="checkbox"/> Exhibición, Feria del Bebé^ ^ | <input type="checkbox"/> TV/Radio ^                        | <input type="checkbox"/> Motor de búsqueda de Internet ^ | <input type="checkbox"/> Revista Pregnancy Magazine     |
| <input type="checkbox"/> Upromise®                     | <input type="checkbox"/> Negocio/minorista ^               | <input type="checkbox"/> Other Internet Links ^          | <input type="checkbox"/> Otro:                          |

+ Nombre del referente: \_\_\_\_\_ ^ Otro (Aclarar): \_\_\_\_\_

### SERVICIO U-CORD®: PLAN DE PAGO

**1. CLIENTE NUEVO:** (Si ya es cliente, continúe en la sección N° 2)

a. **Tipo de nacimiento:**  Único **Múltiple:**  Mellizos  Trillizos  Cuatrillizos

b. **Plan de almacenamiento:**  **Por 21 años: \$3495.** Pago con tarjetas de crédito o débito exclusivamente.

*El Plan de Almacenamiento por 21 Años incluye el cargo de procesamiento y análisis y el cargo de almacenamiento por 21 años prepago con descuento. El cargo del Plan de Almacenamiento por 21 Años se cobra a su tarjeta de débito o crédito una vez que se complete el procesamiento.*

**Anual** – El cargo de Procesamiento y Análisis es de \$1595. El cargo de Almacenamiento anual es de \$125. *El cargo de procesamiento y análisis cubre el costo de la inscripción, el kit de recolección, el envío saliente del kit, el envío de retorno por servicio médico puerta a puerta (para clientes de EE.UU. y Puerto Rico exclusivamente), el procesamiento de la sangre del cordón umbilical y las pruebas de detección de enfermedades infecciosas en la madre biológica. El cargo de procesamiento y análisis y el cargo del primer año de almacenamiento anual se cobran a su tarjeta de débito o crédito una vez que se complete el procesamiento. Los cargos de almacenamiento anual son fijos y se cobran automáticamente a su tarjeta de débito o crédito durante el mes del nacimiento del Bebe (año 2 y siguientes).*

**Opciones de pago del Plan de Almacenamiento Anual:**

- Tarjeta de débito o crédito
- Plan de pago de Cryo-Cell Cares™. Requiere tarjeta de débito o crédito. Sujeto a lo descrito en el punto 5.
- Plan Care Credit. El cliente debe reunir los requisitos del plan Care Credit. (véase 3.b.)
  - 6 meses sin intereses  12 Meses sin intereses  
*Los planes de 6 y 12 meses sin intereses cubren el procesamiento, los análisis y el 1er año del plan de almacenamiento anual.*
  - Financiamiento en 60 meses: Cubre el procesamiento, los análisis y los primeros cinco años del plan de almacenamiento anual.

c. **Código de promoción:** (de existir) \_\_\_\_\_

**2. CLIENTE ESTABLECIDO:** (Si es un cliente nuevo no complete esta sección, continúe en la sección N° 3)

a. **Tipo de nacimiento:**  Único **Múltiple:**  Mellizos  Trillizos  Cuatrillizos

b. **Plan de almacenamiento:**  **Por 21 años: \$2895.** Pago con tarjetas de crédito o débito exclusivamente.

*El Plan de Almacenamiento por 21 Años incluye el cargo de procesamiento y análisis y el cargo de almacenamiento por 21 años prepago con descuento. El cargo del Plan de Almacenamiento por 21 Años se cobra a su tarjeta de débito o crédito una vez que se complete el procesamiento.*

**Anual** – El cargo de Procesamiento y Análisis es de \$1295. El cargo de Almacenamiento anual es de \$100. *El cargo de procesamiento y análisis cubre el costo de la inscripción, el kit de recolección, el envío saliente del kit, el envío de retorno por servicio médico puerta a puerta (para clientes de EE.UU. y Puerto Rico exclusivamente), el procesamiento de la sangre del cordón umbilical y las pruebas de detección de enfermedades infecciosas en la madre biológica. El cargo de procesamiento y análisis y el cargo del primer año de almacenamiento anual se cobran a su tarjeta de débito o crédito una vez que se complete el procesamiento. Los cargos de almacenamiento anual son fijos y se cobran automáticamente a su tarjeta de débito o crédito durante el mes del nacimiento del Bebe (año 2 y siguientes).*

**Opciones de pago del Plan de Almacenamiento Anual:**

- Tarjeta de débito o crédito
- Plan de pago de Cryo-Cell Cares™. Requiere tarjeta de débito o crédito. Sujeto a lo descrito en el punto 5.
- Plan Care Credit. El cliente debe reunir los requisitos del plan Care Credit. (véase 3.b.)
  - 6 meses sin intereses  12 Meses sin intereses  
*Los planes de 6 y 12 meses sin intereses cubren el procesamiento, los análisis y el 1er año del plan de almacenamiento anual.*
  - Financiamiento en 60 meses: Cubre el procesamiento, los análisis y los primeros cinco años del plan de almacenamiento anual.

**3. AUTORIZACIÓN PARA EL CARGOS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS Y ALMACENAMIENTO:**

a. **COBRAR A TARJETA DE DÉBITO O CRÉDITO** (seleccione una tarjeta):

Visa  Mastercard  American Express  Discover  Diners Club

Nombre del titular: \_\_\_\_\_

Domicilio de Estado de Cuenta: \_\_\_\_\_

Nº de tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Firma autorizada: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Los cargos de almacenamiento anual se cobrarán automáticamente a la tarjeta de débito o crédito indicada.

**SERVICIO U-CORD®: PLAN DE PAGO (continuación)**

b. **Nº DE CUENTA CARE CREDIT:** \_\_\_\_\_ \* (Exclusivamente para clientes de los EE.UU.)

Indique arriba la información de la tarjeta de débito o crédito para los cargos de almacenamiento anual.

- No está disponible para el Plan de 21 Años. Requiere una Solicitud de Crédito aprobada y ciertos montos mínimos para recibir el Financiamiento. De obtener el financiamiento para pagar los cargos de almacenamiento ("Financiamiento por el CLIENTE"), el CLIENTE acepta indemnizar y liberar de toda responsabilidad a Cryo-Cell (CCEL) y a sus sucesores y derechohabientes contra toda pérdida, obligación, costas o gastos incurridos por CCEL que surjan o sean debidos por el incumplimiento de pago por parte del CLIENTE conforme a Financiamiento por el del CLIENTE. CareCredit es una empresa de terceros y no es subsidiaria de CCEL.

c. **CERTIFICADO DE REGALO Nº:** \_\_\_\_\_

**4. AUTORIZACIÓN DE LA TARJETA DE DÉBITO O CRÉDITO PARA EL PAGO DE LOS CARGOS DE ADMINISTRACIÓN:**

- Si se inscribe y recibe un kit de recolección pero no envía a Cryo-Cell la Muestra para procesar, usted solo pagará un cargo de **\$95**. Este cargo se cobrará automáticamente entre los 30 y 45 días siguientes a la fecha de parto.
- Si se inscribe y envía a Cryo-Cell la Muestra para procesar pero la recolección no es suficiente para ser procesada, usted solo pagará un cargo de **\$195** para cubrir el costo del kit de recolección y el gasto de reenvío. En ese caso, no se pagará el reembolso de cargo por recolección al profesional de la salud que extraiga la sangre del cordón umbilical.

**FORMA DE PAGO DE LOS CARGOS DE ADMINISTRACIÓN (Elija solo UNA opción):**

Con la tarjeta de débito o crédito antes indicada (en pág. 1) \_\_\_\_\_ (Iniciales del titular)

**FACTURAR A TARJETA DE DÉBITO O CRÉDITO** (seleccione una tarjeta):

Visa       Mastercard       American Express       Discover       Diners Club

Nombre del titular: \_\_\_\_\_

Domicilio de facturación: \_\_\_\_\_

Nº de tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Firma autorizada: \_\_\_\_\_

**5. ENVÍO DE KIT DE RECOLECCIÓN AL CLIENTE:**

- Si su fecha probable de parto no se encuentra dentro de los próximos 30 días, usted recibirá en su hogar el(los) kit de recolección mediante un servicio de envío regular. No se exige una firma autorizada para la entrega.
- Si su fecha probable de parto se encuentra dentro de los próximos 30 días, usted recibirá el kit de recolección mediante el servicio de prioridad para el día siguiente de FedEx Priority Overnight Service. Si no hubiera alguien disponible para aceptar la entrega, por favor autorice la entrega del equipo de extracción sin requerimiento de la firma autorizada: : \_\_\_\_\_.
- Envíen el kit de recolección a: (si el domicilio postal difiere del domicilio de la Madre)

Nombre y apellido \_\_\_\_\_ Teléfono Nº \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Nº Apt/Suite \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, CP \_\_\_\_\_

**6. DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE PAGOS DEL PROGRAMA CRYO-CELL CARE™:** (Sujeto a aprobación del crédito. Nº de Seguro Social obligatorio.) El cargo de procesamiento y análisis se financia a cinco años. El plan de pagos es el siguiente: El plan de pago en cuotas del programa Cryo-Cell Cares no es cancelable durante los primeros cinco años. Las cuotas vencen anualmente, el mismo día del año siguiente de la fecha de procesamiento. Cada cuota se cobrará automáticamente a la tarjeta de crédito, que haya indicado el CLIENTE, en la fecha de vencimiento. Si el CLIENTE decidiera no continuar el almacenamiento de la muestra antes de que concluya el plazo inicial de cinco años, el CLIENTE autoriza a Cryo-Cell a cobrar a la tarjeta de crédito del CLIENTE todas las cuotas restantes en concepto de saldo del procesamiento y análisis, más los intereses devengados. Las cuotas correspondientes al período de 1 a 5 años incluyen intereses, a una tasa de interés anual aproximada del 11,5%. Las cuotas completas correspondientes al período de 1 a 5 años incluyen el cargo por el almacenamiento anual del año en curso. Las cuotas de almacenamiento anual se cobran anualmente y por adelantado. Cualquier oferta promocional que pudiera estar disponible al momento de la inscripción se aplicará a la cuota del primer año. Las cuotas del primer año incluyen todos los servicios habituales correspondientes al Plan de Almacenamiento Anual de la compañía. El incumplimiento de pago por parte del CLIENTE dentro de los 30 días de la fecha de vencimiento de la cuota genera un recargo del 10% sobre el saldo actual. El CLIENTE puede optar por pagar el saldo antes de que concluya el plazo de cinco años. Si el CLIENTE decide pagar el saldo antes de que concluya el plazo de cinco años, deberá pagar el capital (cargo por procesamiento y análisis) más los intereses devengados. El plan de pagos del programa Cryo-Cell Cares sólo se aplica al Plan de Almacenamiento Anual. El plan de pagos del programa Cryo-Cell Cares no es combinable con CareCredit®. El plan de pagos del programa Cryo-Cell Cares está disponible para residentes de EE.UU. y Puerto Rico exclusivamente.

Por el presente elijo y acepto las condiciones del Plan de Pagos del programa Cryo-Cell Cares: \_\_\_\_\_

### HISTORIA CLÍNICA MATERNA (Madre biológica)

Nombre de la madre biológica: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

En los últimos 12 meses:	Sí	No
1. ¿Recibió una transfusión? ¿Recibió un injerto, óseo o cutáneo? ¿Alguna vez rechazaron la donación de su sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se expuso accidentalmente a la sangre o fluidos de otra persona? ¿Fue víctima de violación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha recibido atención médica, por enfermedad o cirugías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Sufrió alguna lesión accidental por pinchazo o piquete de agujas? ¿Se hizo perforaciones en la oreja, en el cuerpo o tatuajes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Estuvo en una cárcel o prisión por más de 72 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha recibido tratamiento por sífilis, gonorrea o blenorragia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En los últimos 12 meses, ¿mantuvo relaciones o contactos sexuales con:	Sí	No
7. alguien que padece hepatitis o vivió con alguien que padece hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. alguien que padece hemofilia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. alguien que utilizó factores concentrados para coagulación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. un hombre que alguna vez mantuvo relaciones sexuales con otro hombre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. alguien que haya usado agujas para drogas, esteroides, otra cosa no recetada por su doctor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. una prostituta o alguien que recibe dinero o drogas u otro tipo de pago a cambio de sexo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. alguien que tiene VIH/SIDA o que la prueba de VIH/SIDA haya sido positiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Consume o alguna vez consumió drogas o alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Padece o alguna vez padeció alguna enfermedad cutánea contagiosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. En <b>las últimas 8 semanas</b> , ¿ha recibido alguna vacuna u otro tipo de inyección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. En <b>las últimas 8 semanas</b> , ¿ha estado en contacto con el área de vacunado contra la viruela de alguien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. En <b>los últimos tres años</b> , ¿ha salido de los EE.UU. o Canadá? En caso afirmativo, ¿a qué ciudad y país? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Desde <b>1980 hasta 1996</b> , ¿estuvo en el Reino Unido durante 3 meses o más? En caso afirmativo, ¿en qué ciudad y país? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Desde <b>1980 hasta 1996</b> , ¿fue o es miembro del ejército norteamericano, empleado civil del ejército, o dependiente de algún miembro del ejército norteamericano? En caso afirmativo, ¿en qué ciudad y país? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Desde <b>1980 hasta la actualidad</b> , ¿estuvo en Europa durante cinco (5) años o más? If so, what city & country? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Desde <b>1980 hasta la actualidad</b> , ¿recibió alguna transfusión de sangre en el Reino Unido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Desde <b>1977 hasta la actualidad</b> , ¿recibió dinero, drogas u otro tipo de pago a cambio de sexo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Alguna vez:	Sí	No
24. tuvo problemas de riñón, hígado, corazón, pulmones (complicaciones respiratorias) o diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. estuvo en África o mantuvo relaciones sexuales con alguien que nació o vivió en África?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. sus pruebas de VIH/SIDA o de HTLV resultaron positivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. tuvo algún trastorno de la coagulación o problemas de hemorragia? ¿Utilizó factores concentrados para coagulación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. padeció del mal de Chagas, babesiosis, malaria o le diagnosticaron el virus del Nilo Occidental o síndrome respiratorio agudo severo (SARS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. recibió un injerto de duramadre (membrana del cerebro)? ¿Tomó hormonas del crecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. tuvo hepatitis o tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. usó agujas o jeringas para consumir drogas, esteroides o algo sin prescripción médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. sufrió algún tipo de cáncer, o leucemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. le diagnosticaron el Síndrome de Creutzfeldt-Jakob (CJD)? ¿Algún diagnóstico consanguíneo? ¿Algún desorden genético?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. recibió un trasplante u otro procedimiento que involucrara la exposición a células, tejidos u órganos vivos de humanos o animales? ¿Mantuvo contacto o relaciones sexuales con alguien que haya estado en esa situación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IMPORTANTE: Explique todas las respuestas afirmativas (donde marcó con "sí", al lado de la pregunta. Si necesitara más espacio, use el dorso de esta hoja o agregue una o más hojas adicionales.

Firma de la Madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO CON CONOCIMIENTO DE CAUSA PARA REALIZAR LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS Y VIH

Cryo-Cell **EXIGE** un conjunto de pruebas para la detección de enfermedades contagiosas, entre otras, la prueba de VIH sobre la muestra de Sangre Materna junto con el procesamiento de las muestras de la sangre del cordón umbilical. El costo de estos estudios se incluye en el Cargo Inicial (véase: Anexo 2). La muestra de la Sangre Materna se debe extraer al momento del parto, independientemente de cualquier otra prueba previa para la detección de enfermedades contagiosas o VIH que se puedan haber realizado durante el embarazo. Si el volumen de la muestra de Sangre Materna fuera insuficiente o faltante, la madre biológica recibirá un equipo de extracción de Sangre Materna para obtener una nueva muestra. Si no re-envía esa nueva extracción, la Muestra quedará automáticamente aislada (en cuarentena), lo que podrá afectar su condición para el uso en un trasplante.

### VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SIDA

El virus de la inmunodeficiencia humana o VIH es el virus que causa el SIDA, y es mortal. Cuando una persona se infecta con VIH, el virus ingresa en el torrente sanguíneo y destruye ciertas células del sistema inmune, lo que produce la incapacidad para combatir varias infecciones (denominadas enfermedades oportunistas). Esas enfermedades oportunistas pueden ser la causa real de la muerte, y no el VIH en sí. Existen dos tipos principales de VIH: VIH-1 y VIH-2. El VIH-2 es raro fuera de África.

### PROPAGACIÓN DEL VIH

El VIH se propaga de persona a persona a través del contacto con los fluidos corporales de otra persona, como la sangre, el semen o las secreciones vaginales. Entre las conductas que aumentan el riesgo de infección por VIH se encuentran el hábito de: mantener relaciones sexuales sin protección con alguien que haya tenido resultados positivos en una prueba de detección del VIH; compartir agujas o jeringas para inyectarse drogas o esteroides; hacerse tatuajes y recibir transfusiones o trasplantes de órganos.

### LA PRUEBA DEL VIH

La prueba de detección del VIH es un análisis de sangre de rutina que analiza la presencia de anticuerpos contra el VIH. Además se realiza una prueba del antígeno VIH-1 por el método NAT (prueba de ácido nucleico). Si cualquiera de estas pruebas diera resultado positivo, se realiza un análisis de confirmación. Si y sólo si el análisis de confirmación resultara positivo llegaríamos a la conclusión de que usted contrajo VIH. Si el análisis resultara negativo significa que probablemente usted no se encuentre infectada con VIH aunque también puede querer decir que usted ha estado expuesta al virus y su organismo no ha elaborado anticuerpos contra el VIH. Si cree haber estado expuesta al virus, debería solicitar que le vuelvan a realizar los análisis varios meses después.

Si el análisis es positivo necesitará ayuda para decidir qué hacer. El resultado VIH positivo no significa que contraerá sida y morirá. Pero si el resultado es VIH positivo, deberá recibir atención médica. Si no tiene médico, la organización local del sida o la línea de asistencia permanente del sida (AIDS Hot Line) le puede ayudar.

El análisis de VIH es obligatorio para participar en el programa de almacenamiento U-Cord®, no obstante someterse a un análisis para la detección de VIH es un acto voluntario. Los resultados son confidenciales y la información relacionada con el VIH sólo se puede divulgar a las personas que usted autorice, o a las personas o dependencias que las leyes estatales requieran. Le informamos que los resultados de los análisis VIH positivos se deben notificar de manera obligatoria al departamento de salud del condado con la información suficiente como para identificar a la persona que ha estado expuesta al VIH.

He leído la información anterior acerca del VIH y de los análisis para detectarlo. Por el presente otorgo mi pleno consentimiento para someterme a las pruebas de detección de enfermedades contagiosas y de VIH y permitir que los resultados de esos análisis sean entregados a Cryo-Cell International, Inc. y a mi médico (que indico a continuación).

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Domicilio del Médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**AUTORIZACIÓN PARA EXTRAER SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL  
Y SANGRE MATERNA; EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

La que suscribe está participando en el programa llamado Cryo-Cell U-Cord®. Este programa requiere la extracción de una muestra de Sangre de la Madre y de extracción de sangre del cordón umbilical al momento de nacer el bebé. El procedimiento de extracción se describe en las Instrucciones de Cryo-Cell para la Extracción de sangre del cordón umbilical. Por el presente la suscrita otorga su consentimiento para que los profesionales médicos que asistan el parto realicen esas extracciones.

La suscrita reconoce que durante el parto se pueden presentar complicaciones, que podrían evitar o impedir que se realice la extracción de la sangre del cordón umbilical o que la muestra obtenida sea inadecuada. La suscrita reconoce asimismo que a criterio médico, teniendo siempre presente lo mejor para la madre y el bebé, la extracción podría no realizarse.

Por el presente la suscrita exime de toda responsabilidad por siempre y para siempre al obstetra o partera certificada, al hospital o maternidad, y a sus respectivos funcionarios, directores, accionistas, empleados, agentes, representantes, filiales, sucesores y cesionarios (denominados colectivamente, las "Partes Eximidas") por toda pérdida, daño, perjuicio o reclamo de cualquier naturaleza que pudieran estar relacionados o surgir de la extracción o de la imposibilidad de extraer las muestras de la sangre del cordón umbilical y de la sangre materna. La suscrita reconoce por el presente que renuncia a todo derecho que pudiera tener o ejercer, ahora o en el futuro, para demandar u obtener compensación monetaria por daños y perjuicios o intentar buscar cualquier otro remedio contra cualquiera de las Partes Eximidas por cualquier razón relacionada con la extracción o la imposibilidad de extraer las muestras de la sangre del cordón umbilical y de la sangre materna.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico/Partera (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Hospital/Maternidad (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Clínica (en letra de imprenta)

# *Programa Cryo-Cell Cares™*

## Garantía de pago por \$50,000 de Cryo-Cell

Como parte del programa Cryo-Cell Cares™, si al retirar la muestra, la sangre de cordón cryopreservada de su hijo es utilizada para un trasplante de células madre y falla el injerto, Cryo-Cell pagará al cliente \$50,000, sujeto a los términos y condiciones indicados al reverso.

## Garantía de \$10,000 Cryo-Cell Cares™

Cryo-Cell sabe que un trasplante de células madre puede crear un problema financiero. Si la sangre de cordón cryopreservada de su hijo se usa en un familiar directo para la reconstitución de médula ósea en un trasplante mieloablativo, Cryo-Cell otorgará al cliente \$10,000 para apoyar a los gastos de su familia, sujeto a términos y condiciones indicados al reverso.



**BB Accredited**

# GARANTÍA DE PAGO™ POR \$50.000 DE CRYO-CELL

## Términos y condiciones:

Sujeto a los requisitos establecidos a continuación, Cryo-Cell procesará y almacenará la sangre del cordón umbilical del CLIENTE, si la usara para trasplantar células madre hematopoyéticas mediante prácticas médicas reconocidas y el injerto fallara, Cryo-Cell pagará al CLIENTE \$50,000 (cincuenta mil dólares estadounidenses).

El injerto del trasplante se refiere a los tres días consecutivos en los que el recuento total de neutrófilos (RTN) del receptor es igual o mayor a 500/microlitros, donde la primera medición se realiza dentro de los 100 días siguientes a la realización del trasplante. Las células injertadas deben ser de origen donante.

## Requisitos de la Garantía Cryo-Cell para el pago de \$50.000:

- La sangre del cordón umbilical se debe extraer usando el kit de recolección de Cryo-Cell o mediante una técnica alternativa de extracción aprobada.
- Cryo-Cell debe procesar y en todo momento preservar por métodos criogénicos la sangre del cordón umbilical.
- La sangre del cordón umbilical criopreservada debe ser usada en un trasplante de células madres autólogas para uso homólogo (reconstitución hematopoyética) por parte del donante o un paciente de primer o segundo grado de consanguinidad (el "familiar cercano").
- La sangre del cordón umbilical criopreservada deberá ser administrada bajo la dirección del médico especialista en trasplantes en un centro médico aprobado por una Junta de Re-

visión Institucional (IRB) para realizar trasplantes de células madre o progenitoras.

- La sangre del cordón umbilical criopreservada no deberá someterse a más de la manipulación mínima antes de ser administrada incluyendo, entre otras:
  - Técnicas de selección celular
  - Expansión celular ex vivo
  - Genoterapia
- La sangre del cordón umbilical criopreservada no deberá ser usada en un trasplante sujeto a un Procedimiento de Evaluación de un Fármaco Nuevo en Etapa de Investigación (IND) de la FDA o equivalente extranjero.
- La sangre del cordón umbilical criopreservada no deberá ser usada en procedimientos experimentales, entre otros, los mini-trasplantes. El receptor no deberá haber usado una droga en investigación dentro de los 100 días siguientes a la realización del trasplante.
- La sangre del cordón umbilical criopreservada deberá contener como mínimo 2 x 10<sup>7</sup> de células nucleadas totales (TNC) por kilogramo de peso del receptor.
- La sangre del cordón umbilical criopreservada deberá contener como mínimo 1 x 10<sup>5</sup> CD34+ células por kilogramo de peso del receptor.
- La sangre del cordón umbilical criopreservada no deberá ser combinada con fuentes suplementarias de células madres para el trasplante, como la adición de sangre del cordón umbilical, sangre periférica o de la médula ósea.
- Tipificación tisular o tipificación de los antígenos leucocitarios humanos (HLA): Las células del donante deben tener una compatibilidad

mínima igual a 4 de 6 con el receptor.

El procedimiento de descongelación de la sangre del cordón umbilical deberá ser un procedimiento válido usado por el centro médico de trasplantes y la sangre del cordón umbilical deberá ser administrada de inmediato al momento de la descongelación.

## Documentación requerida:

- Declaración firmada por el médico especialista en trasplantes que certifique que ese injerto falló, además de los registros médicos correspondientes que documenten que el injerto falló.
- Prueba de la notificación de pago, incluyendo la suma pagada, dirigida a todos los terceros pagadores responsables del pago de todos los cargos por extracción, procesamiento, almacenamiento o trasplante de la sangre del cordón umbilical.

## La garantía de pago por \$50.000 de Cryo-Cell no se encuentra disponible para:

- Residentes de Missouri, Oklahoma o Rhode Island.
- Clientes cuyos cargos por concepto de conservación en bancos de sangre del cordón umbilical son cubiertos por Medicare o Medicaid.
- Clientes cuyos cargos por concepto de conservación en bancos de sangre del cordón umbilical son cubiertos en todo o en parte por terceros pagadores de Massachusetts y Michigan.
- Clientes inscritos en el Programa de Transplante Designado (DTP) de Cryo-Cell.

# PAGO DE \$10.000 POR CRYO-CELL CARES™

## Términos y condiciones:

Sujeto a los requisitos establecidos a continuación, si la sangre del cordón umbilical criopreservada del CLIENTE se usara para la reconstitución de la médula ósea dentro del núcleo familiar mediante un procedimiento de trasplante mieloablativo, Cryo-Cell entregará al Cliente \$10,000 para compensar los gastos personales de la familia.

## Requisitos para el pago de Cryo-Cell Cares por \$10.000:

- Se deben haber cumplido todos los requisitos previamente definidos para la Garantía Cryo-Cell de pago por \$50.000.
- La sangre del cordón umbilical debe ser usada en un procedimiento de trasplante mieloablativo sin fines experimentales. El cliente proporcionará la documentación correspondiente.
- Cryo-Cell entregará el pago de \$10,000 por Cryo-Cell Cares al Cliente dentro de los 30 días siguientes a la solicitud del cliente debidamente verificada.

## INFORMACIÓN ADICIONAL

- Esta Garantía por \$50,000 de Cryo-Cell y el pago de \$10,000 por el programa Cryo-Cell Cares se aplican a los Clientes que se hayan inscrito con contrato de Cryo-Cell, que cubre los servicios de la sangre del cordón umbilical, y cuyos pagos por los servicios de Cryo-Cell se encuentren al día. El Cliente debe tener en cuenta que el almacenamiento de la sangre del cordón umbilical de un recién nacido no garantiza que esa sangre sea compatible para un integrante de la familia, que un trasplante de células madre provenientes de la sangre del cordón umbilical sería la primera o la mejor vía de tratamiento para cualquier enfermedad en particular o que la propia sangre del cordón umbilical de un bebe sirve para cualquier enfermedad tratable mediante un trasplante de células madres. En última instancia el proveedor de servicios médicos es quien decide si el uso de la muestra de sangre del cordón umbilical de un bebe es lo indicado, de acuerdo a la naturaleza y a la progresión de la enfermedad y la compatibilidad HLA entre el donante y el receptor. Esta oferta es independiente y de ninguna manera disminuye el efecto de la limitación de responsabilidad de Cryo-Cell establecida en su contrato con el Cliente.
- Esta Garantía por \$50,000 de Cryo-Cell y el pago de \$10,000 por el programa Cryo-Cell Cares están disponibles exclusivamente para los Clientes que se inscriban sujetos al contrato de los nuevos servicios y al plan de pago correspondiente a partir del 1º de diciembre de 2005 o alrededor de esa fecha. El programa Cryo-Cell Cares no es retroactivo a las inscripciones que se hayan registrado antes del 1º de diciembre de 2005.
- Todo impuesto federal, estatal o local que corresponda a los pagos definidos en el presente será entera responsabilidad del Cliente.
- Será considerado nulo donde la ley lo prohíba.

**CryoCell**  
INTERNATIONAL  
Innovative Stem Cell Solutions