

ANEXO I

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO SANITARIO

Consentimiento N° ..... de 20 24

Localidad, Los Rios, Misiones



**CONSENTIMIENTO INFORMADO: TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN HUMANA**

**ASISTIDA DE BAJA COMPLEJIDAD CON SEMEN DONADO.**

PAREJA

Este consentimiento informado correspondiente a LAGIANA  
Raquel Gomez ? (Historia clinica N° 33.90344) y se vincula con el  
consentimiento informado firmado por TERESA ESTER VITALE ? (Historia clinica  
N° 3688268), en fecha .....

**1) INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE ESTE TRATAMIENTO Y TÉCNICA DE BAJA COMPLEJIDAD**

**Definiciones**

- 1. El número de consentimiento aquí completo corresponde al asigado en el Establecimiento Sanitario y el período del embarazo que resulta asigado por ella, Escritura Pública o por la Autoridad competente a efectos de su protocolización correspondiente.
- 2. Consignar nombre y apellido completo - DNI de quien suscribe el consentimiento informado.
- 3. Consignar nombre y apellido completo - DNI de la pareja.

Inseminación artificial: metodología de fertilización asistida que consiste en depositar los espermatozoides en el tracto genital femenino, previamente procesados por procedimiento de laboratorio, con el objetivo de lograr un embarazo. Inseminación heteróloga: mediante utilización de espermia de donante.

Banco de semen: es un banco de células y tejidos que obtiene, almacena y/o distribuye espermatozoides humanos para utilizarse en tratamientos y técnicas de reproducción humana asistida. Los donantes de semen son seleccionados mediante evaluación clínica, psicológica, infecciológica y genética bajo normas de calidad y bioseguridad específicas, siendo las muestras almacenadas y criopreservadas para uso posterior.

Gametos: enténdase por gametos a las células masculinas o femeninas, denominadas en adelante espermatozoide y óvulo/ovocitos respectivamente, responsables de la reproducción.

Establecimiento sanitario: centro de salud o consultorio médico destinados a realizar procedimientos y tratamientos con técnicas de reproducción médicamente asistida de conformidad con lo previsto en la Resolución 13052015, sustitutas y/o modificatorias del Ministerio de Salud de la Nación, inscripto debidamente en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFE) conforme lo establece la legislación vigente.

**Objetivo**

Aumentar la probabilidad de lograr un embarazo en personas cuya causa de infertilidad fuere daño a las trompas, endometriosis, insuficiencia en la calidad o cantidad de los gametos, riesgo genético en la descendencia, falla de otros tratamientos previos; y/o por infertilidad estructural.

CORRESPONDE Hoja de Actación Notarial  
Serie D N° 01467887  
Folios Certificados

903 14733

Este tratamiento de reproducción humana asistida de baja complejidad se realiza con

Esperma donado (Tidar Opción)

**Particularidades de este tratamiento y técnica**

Es un tratamiento y técnica de baja complejidad, no invasiva y ambulatoria. Puede realizarse con ciclo natural o estimulado mediante el uso de fármacos orales o inyectables.

**Etapas/Procedimientos médicos del tratamiento**

Las etapas de este tratamiento son las que siguen: a) indicación de ciclo natural o estimulación de ovulación con fármacos orales o inyectables, b) monitorización con ecografía y/o estradiol plasmático, c) procesamiento de semen y por último d) inseminación intrauterina popamente dicha.

**Riesgos Generales**

Los riesgos de este tratamiento y técnica de baja complejidad pueden relacionarse a:

a.1. Riesgos de la estimulación ovárica: dolor abdominal, cefalea, edema, torsión de ovario.

- Por respuesta excesiva a la estimulación: Síndrome de hiperestimulación ovárica (SHEO). Ocurre entre el 2 al 5 % en su variedad severa, presentando dolor y/o distensión abdominal, aumento del tamaño ovárico, náuseas, vómitos, edemas, ascitis, pudiendo requerir hospitalización.

- Por respuesta insuficiente a la estimulación: riesgo de cancelación del tratamiento.

La respuesta folicular puede variar en las ciclos y no es la misma en todas las pacientes, en algunos casos, la respuesta de la estimulación, luego de la aplicación de inyecciones o toma de medicación por vía oral, puede resultar nula o muy baja, o excesivamente alta. Por consiguiente, el ciclo puede suspenderse.

IF-2017-01561006-APN-DDMMS

página 3 de 9



ROSA  
MIRALIS

Otros riesgos: en casos excepcionales infección

a.2. Riesgos vinculados al embarazo: embarazo múltiple (15-20%), embarazo ectópico 4% (implantación fuera del útero), anomalías congénitas genéticas (menor a 2%). El riesgo de anomalías congénitas, enfermedades genéticas y complicaciones durante el embarazo y el parto son similares a población general.

a.3. Riesgos para el caso de recepción de semen donado: Si bien la posibilidad de patología genética o infecciosa disminuye con el uso de gametos donados, existe un riesgo residual. El riesgo de malformaciones en el recién nacido es similar al de población en general.

**b) Riesgos personales/personalizados**

Debido a las características médicas, psicológicas y sociales de este caso particular, se podría asociar algún riesgo específico agregado, como puede ser: Alimentación

**Resultados / Estadísticas de efectividad**

Si bien el resultado para cada caso en particular depende de los factores individuales de los pacientes (principalmente la edad de la mujer), la probabilidad de obtener un embarazo clínico puede ser entre el 10 y 20%.

**Información obtenida**

• He tenido oportunidad de consultar al equipo profesional interviniente y aclarar las dudas con relación al tratamiento, sus riesgos, beneficios, y eventuales complicaciones en relación al tratamiento al que accedo.

• He leído y he comprendido la información brindada precedentemente en relación al tratamiento al que me someto en el marco de un proyecto parental conjunto con Minora Estel VITALE

\_\_\_\_\_ \* Consignar nombre y apellido completo de la pareja.

IF-2017-01561006-APN-DDMMS

página 4 de 9



He comprendido las explicaciones que se me ha facilitado en lenguaje adecuado, claro y sencillo.

He sido informado que todos los datos médicos relativos a este tratamiento son confidenciales, incluyendo los veridos en la historia clínica, como así los estudios complementarios y/o imágenes, conforme lo establecido en el artículo 2 inc. d) de la Ley N° 26.529 sobre Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud modificada por la Ley N° 26.742, Dto. Reglamentario N° 1089/2012 y en los artículos 8 y 10 de la Ley N° 25.326 sobre Protección de Datos Personales, concordantes y modificatorias.

He sido informado que puedo obtener, en cualquier momento, copia de mi historia clínica, de conformidad con lo previsto en la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (arts. 12 y conc.) modificada por la Ley N° 26.742, Dto. Reglamentario N° 1089/2012 y la Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales, concordantes y modificatorias.

He sido informado y consiento que los datos no identificatorios sobre los resultados del presente tratamiento sean reportados a diferentes registros nacionales e internacionales con fines estadísticos y/o científicos, de conformidad con las leyes que así lo dispongan.

**2) ASPECTOS LEGALES**

Se me ha informado debidamente y he comprendido que el semen donado será inseminado en la persona de FABIANA RAJANA VITALE quien llevará adelante la gestación en el marco de un proyecto parental conjunto con REYDORA ESTER VITALE.

Determinación de la filiación: Se me ha informado debidamente y he comprendido los alcances de la regulación vigente. Que el vínculo jurídico filial con la persona

5 Nombre y apellido completo de quien suscribe el consentimiento informado.  
6 Consignar nombre y apellido completo de la pareja.

nado este tratamiento y técnica queda determinado por la voluntad procreacional instrumentada en el presente consentimiento informado y el consentimiento informado por REYDORA ESTER VITALE en el marco de un proyecto parental conjunto, conforme lo dispuesto en el artículo 562 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Se me ha informado debidamente y he comprendido que no es admisible la impugnación de la filiación de los hijos nacidos a partir de la realización del tratamiento que aquí se consiente en virtud de los artículos 577 y 588 (tercer párrafo) del Código Civil y Comercial de la Nación.

Se me ha informado debidamente y he comprendido que la persona nacida de esta este tratamiento y técnica no posee ningún vínculo jurídico respecto del donante, excepto a los fines de los impedimentos matrimoniales conforme lo dispuesto en el artículo 575 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Se me ha informado debidamente y he comprendido que a los fines de proceder a la inscripción de la persona nacida mediante el empleo de este tratamiento y técnica de reproducción humana asistida, ante el Registro de Estado Civil y Capacidad de las Personas correspondiente, se deberá acompañar el presente consentimiento informado, el cual previamente deberá ser protocolizado ante

Escritorio Público Nacional o ante la autoridad sanitaria correspondiente a la jurisdicción, conforme lo dispuesto por el artículo 561 del Código Civil y Comercial de la Nación. Quedando a mi cargo y de REYDORA ESTER VITALE conjunta o indistintamente, el diligenciamiento y las erogaciones de su protocolización como efecto derivado de la determinación de la filiación de los niños nacidos por el uso de este tipo de tratamiento/técnica.

7 Consignar nombre y apellido completo de la pareja  
8 Consignar nombre y apellido completo de la pareja.

CORRESPONDE Hoja de Actación Notarial  
Serie D N° 01457807  
Conformidad Hojas Certificadas

CORRESPONDE Hoja de Actación Notarial  
Serie E N° 00314735

• **Renovación del consentimiento:** Se me ha informado debidamente y he comprendido que el presente consentimiento es válido sólo para este tratamiento, debiendo renovarse en caso de futuros tratamientos, conforme lo dispuesto en el artículo 560 del Código Civil y Comercial de la Nación.

• **Revocación del consentimiento:** Se me ha informado debidamente y he comprendido que puedo revocar el presente consentimiento hasta antes de efectuarse la inseminación en virtud de lo establecido en el artículo 7 de la Ley N° 26862 de Acceso Integral a los Procedimientos y Técnicas Médicas Asistenciales de Reproducción Médicamente Asistida y su Dto. Reglamentario N° 556/2013 (art.7) y lo dispuesto en el artículo 561 del Código Civil y Comercial de la Nación, concordantes y modificatorias.

• Se me ha informado debidamente y he comprendido que para la revocación se debe notificar de manera fehaciente y por escrito al centro médico ínterinamente manifestando de manera expresa la voluntad de revocar el presente consentimiento informado y no continuar con la inseminación.

• **Carácter de la donación:** Se me ha informado debidamente y he comprendido que los espermatozoides utilizados en este tratamiento de baja complejidad provienen de una donación (independientemente de que correspondan):

- Anónima
- No anónima

De persona determinada.....  
Para el caso de que sea anónima, desconozco la identidad de la donante, como así también que ella donante carece de información sobre los/as recipientes. No obstante, comprendo que en circunstancias de estar en riesgo la salud de la persona nacida por medio de este tratamiento y técnica con utilización de gametos donados podrían darse a conocer los datos médicos de la donante, no así sus datos identificatorios, excepto autorización judicial de conformidad con lo dispuesto por el artículo 564 del Código Civil y Comercial de la Nación.

• Se me ha informado debidamente y he comprendido que no es admisible el reconocimiento por parte de la donante ni el ejercicio de acción de filiación o de reclamo alguno de vínculo filial respecto del niño nacido, en virtud del artículo 577 del Código Civil y Comercial de la Nación.

• **Deber de informar:** Se me ha informado debidamente y he comprendido la importancia de hacerle saber a mi hijo que ha nacido de un tratamiento con técnica de reproducción humana asistida con gametos donados, por encontrarse comprometido su derecho a la identidad, en virtud de lo dispuesto en los artículos 563 y 564 del citado Código Civil y Comercial de la Nación.

En este marco, habiéndoseme brindado la información del tratamiento, los riesgos, beneficios, y eventuales complicaciones y comprendiendo los términos del presente, solicito, autorizo y consiento que .... (Nombre del Establecimiento Sanitario) y a través de sus profesionales designados me efectúen un tratamiento de reproducción humana asistida de baja complejidad en virtud del proyecto parental FRANCA ESTER UTERO conjunto con FRANCA ESTER UTERO.

3) DATOS DEL PACIENTE Y DEL MÉDICO.

Paciente:

Apellido: Gomez  
Nombre: FRANCA RAQUEL  
D.N.I.: 33903444  
Fecha de nacimiento: 19/04/1988  
Domicilio: FRANCA SCHWARTZ Y ALCEGO 234  
Teléfono de contacto: (011) 15539180361  
Correo electrónico: FRANCA6076279@GMAIL.COM/CA

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
9 \_\_\_\_\_  
Consignar nombre y apellido completo de la pareja

**MIRTA ISAI**  
Actuación Notarial  
Actuación Notarial  
Actuación Notarial

CORRESPONDE Hoja de Actuación Notarial  
Serie E N° 00314733

OSSE

ES mod de k Par doc

Né

El

[A]

isible el  
ón o de  
ulo 577

todo la  
mo con  
ntrarse  
ricidos

o, los  
minos  
niento  
niento  
yecto  
junto  
9

OBSERVACIONES

\*Es responsabilidad de la paciente notificar al centro médico sobre cualquier modificación del domicilio denunciado. Caso contrario resultará válido este a los efectos de lo que aquí se consiente.  
Para el supuesto de suscitarse conflictos judiciales en la interpretación del presente documento, acordamos someternos a la jurisdicción de los tribunales de

MIRIAM  
FESTEY

CORRESPONDE Hoja de Acreditación Nacional  
Serie E.N.º 00314733

Médico:  
Apellido: *Goepke*  
Nombre: *Caroline*  
DNI: *25052116*  
Matrícula: *113264*

En este acto se firman 3 (tres) ejemplares del presente consentimiento, 2 (dos) de los cuales son entregados a la paciente firmante. <sup>10</sup> -**Dra. CAROLINA GOEPE**  
Tocoginecóloga - Fertilidad  
M. P. 3664 - M. N. 11364

Firma paciente  
Firma médico y/o responsable del Establecimiento Sanitario

10. Se hace constar que dos de las copias del presente consentimiento serán entregadas al paciente para sí y la otra para proceder a la inscripción en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas del niño que recibe mediante este tratamiento y técnica de reproducción humana asistida, previa autorización médica o certificación de autoridad sanitaria competente) y la restante quedará archivada en el Establecimiento Sanitario.

RECIBO  
MIRIAM TRINIDAD  
MIRIA ISABEL FESTEY  
Registro Nacional N.º 14  
Calle Libertad - Misiones

IF-2017-0151006-APN-DDANS  
página 9 de 9  
CORRESPONDE Hoja de Acreditación Nacional  
Serie D.N.º 01457887  
CON *OT* Hoja Certificada





GOMEZ  
Falcona R  
con  
Pitrona R  
VITALE

NOTAS MARGINALES

~~ABEL FESTEY~~  
NOTARIO N° 147

ACTA N° 23 En Carlos Spezzini Partido 20 de julio  
provincia de Buenos Aires, a seis días de marzo  
de dos mil diecisiete ANTE MI Monica Graciela Corra  
DELEGADO, COMPARECEN: Fabiana Raquel GOMEZ  
Nacionalidad argentina nacido el 19/07/1988 en Misiones  
Edad 28 años, DNI N° 33.903.444 Profesión empleada  
Domicilio José Manuel Estrada 12, 20 de julio  
Estado Civil divorciada

de César GOMEZ. Hijo/a DNI N° fallecido  
Nacionalidad argentina Profesión Domicilio  
y de Teresa DA LUZ DNI N° F.6.709.599.  
Nacionalidad argentina Profesión jubilado Domicilio Misiones  
y Petrona Ester VITALE  
Nacionalidad argentina nacido/a el 10/09/1984 en Formosa  
Edad 32 años, DNI N° 30.680.669 Profesión empleada  
Domicilio José Manuel Estrada 12, 20 de julio  
Estado Civil soltera

de Rosario VITALE Hijo/a DNI N° fallecido  
Nacionalidad argentina Profesión Domicilio  
y de María BARRIOS. DNI N°  
Nacionalidad argentina Profesión jubilado Domicilio Formosa

CUMPLIDAS las formalidades legales reglamentarias, DECLARAN conocer las disposiciones de los artículos 519, 520, 521 y 522 del Código Civil y Comercial.

Se celebró pacto de convivencia NO

Tiempo de convivencia: tres años

Testigos del acto, Nahuel Orlando MAZA.  
Edad 26 años, DNI N° 35.265.025 Profesión empleado  
Estado Civil soltero Domicilio Paso de Vargas 1463, Tigre  
y Carlos Daniel Monzon  
Edad 27 años, DNI N° 34.346.339 Profesión empleado  
Estado Civil soltero Domicilio Saquia 735, Monte Grande

LEIDA el acta la firman todos los comparecientes conmigo

CORRESPONDE Hoja de Actuación Notarial  
Serie D N° 01457887  
Con 5766 Fojas Certificadas



E 06314733  
CE SE TR UN CU SI TR TR

CERTIFICACIONES DE FIRMAS E IMPRESIONES DIGITALES

Esta certificación no juzga sobre el contenido y forma del documento.

**MIRTA ISABEL FESTEY**  
Escribana Titular  
Registro Notarial N° 147  
Puerto Iguazú - Misiones

LIBRO N° 245 FOLIO N° 03229768 CTA N° 168

En mi carácter de NOTARIO PUBLICO TITULAR.- del REGISTRO

NOTARIAL N° 147 CERTIFICO que la(s) Firma/s.-----

----- que obra(n) en el documento adjunto ha(n) sido

PUESTA(S) EN MI PRESENCIA por la(s) siguiente(s) persona(s).

**Fabiana Raquel GOMEZ** D.N.I. N° 33.903.444, argentina, soltera, con domicilio en

**FESTEY** Ceibo 234 - Villa Tacuara - Puerto Iguazú - Iguazú - provincia de Misiones,

mayor de edad y capaz.- Identifico a la compareciente con su respectivo D.N.I., (art.

306 C.C. y Comercial de Nación Inc. a), doy fe. SE CERTIFICA LA FIRMA EN

CONSENTIMIENTO INFORMADO - TRATAMIENTO DE REPRODUCCION

HUMANA ASISTIDA DE BAJA COMPLICIDAD CON SEEMN DONADO -

PAREJA. Dos Ejemplares.- HAGO CONSTAR: que el documento que accede a la

presente no ha sido confeccionado por la certificante. Se extiende la presente

certificación de firmas en esta ciudad de Puerto Iguazú, provincia de Misiones, 27 de

junio de 2024.-

**MIRTA ISABEL FESTEY**  
Escribana Titular  
Registro Notarial N° 147  
Puerto Iguazú - Misiones

CORRESPONDE Hoja de Actuación Notarial  
Serie D N° 01457887  
Con 07 Fojas Certificadas



ACTUACION NOTARIAL



D 01457887  
CE UN CU CI SI OC OC SI

*Miranda Titular*  
**MIRTA ISABEL FESTEY**  
REGISTRO NOTARIAL N.º 147  
- Misiones

1 **CERTIFICO:** En mi carácter de Notario Público **TITULAR**-----  
 2 del Registro Notarial N° **147**-----, que la(s) copia(s) fotoestática(s)  
 3 simple(s) impresa(s) es/son copia(s) fiel del documento original que tengo a la vista  
 4 para este acto, DOY FE. **Consta de SIETE Foja (07) —**  
 5 Lugar y fecha: **Puerto Iguazú, Misiones, 14 de agosto de 2024.-**

*Miranda Titular*  
**MIRTA ISABEL FESTEY**  
REGISTRO NOTARIAL N.º 147  
Puerto Iguazú - Misiones



Este documento no podrá retenerse por autoridad judicial o administrativa ni por entidades o personas privadas, debiendo limitarse a tomar constancia e certificar por cualquier medio fehaciente, el contenido del mismo (Art. 24 Dec. Ley Nacional 9.204/63) (Modificada por Ley 19.327)

PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
Ministerio de Justicia y Gobierno de Ministros  
Dirección Provincial del Registro de las Personas

# CERTIFICADO DE UNION CONVENCIONAL

CERTIFICADO: Que bajo el ACTA 93 TOMO I FOLIO 12 del AÑO 2014

Del Libro de Uniones Convencionales de la Delegación CORON SPOGGIURI del año 2014 se encuentra inscrita la unión convencional de Hilario Roguel del año 2014 con Patricia Est. Vitte del año 2014

Celebrado el día 06 del mes de Mayo del año 2014  
CONVIVIENTE: Edad 28 años Nacionalidad Argentina Profesión Empleado  
D.N.I. 33.033.444 Domicilio:

Y de Patricia Est. Vitte Estado civil divorciada  
CONVIVIENTE: Edad 32 años Nacionalidad Argentina Profesión Empresaria  
D.N.I. 30680607 Domicilio:

Y de Patricia Est. Vitte Estado civil soltera  
Hija de Patricia Est. Vitte y Patricia Est. Vitte

MOBILIDAD REGISTRADA con el texto del acta expresada. A pedido de parte interesada, YO MONICA G. FORRE Delegada en el Registro de las Personas expedido el presente en mi carácter de delegada en Coron Spoggiuri a los 06 de Mayo del año 2014



MONICA G. FORRE  
DELEGADA EN EL REGISTRO DE LAS PERSONAS  
DELEGACION C. SPOGGIURI

En el presente documento se encuentran administrados todos los tramites de legalización en la Provincia de Buenos Aires (Ley 8.946)

A00032840



# SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

## Informe Estadístico de NACIDO VIVO

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17622)

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

<b>2</b> Departamento o Partido	<b>3</b> Delegación o Registro Civil Número	<b>1</b> Fecha de Inscripción Día Mes Año
		<b>4</b> Tomo Folio Acta

DATOS DEL NACIDO

Apellido/s <u>CONEC</u>	Nombre/s <u>FABIANA RAQUEL</u>
----------------------------	-----------------------------------

<b>5</b> Fecha de nacimiento... D.N.I. Día Mes Año <u>14/01/08</u> <u>7024</u>	<b>6</b> Sexo Masculino 1 <input checked="" type="checkbox"/> Femenino 2 <input type="checkbox"/> Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>
--	--

<b>7</b> Cuál fue el peso del niño al nacer? ● gramos <u>3600</u>
--

<b>8</b> Nació de un embarazo... ● Simple 1 <input checked="" type="checkbox"/> → ir a pregunta siguiente ● Múltiple 2 <input type="checkbox"/> → el que produjo [ ] niños vivos, y [ ] defunciones fetales
---

<b>9</b> Cuántas semanas completas duró la gestación? ● semanas completas <u>38</u>
--

<b>10</b> En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño? Día Mes Año

<b>11</b> El parto fue atendido por...			
Médico/a 1 <input checked="" type="checkbox"/>	Enfermera/a 3 <input type="checkbox"/>	Comadre 5 <input type="checkbox"/>	Sin atención 7 <input type="checkbox"/>
Partero/a 2 <input type="checkbox"/>	Otro agente sanitario 4 <input type="checkbox"/>	Otros 6 <input type="checkbox"/>	

<b>12</b> Ocurrió en... ● Establecimiento de salud pública 1 <input type="checkbox"/> ● Establecimiento privado, obra social, etc. 2 <input checked="" type="checkbox"/> ● Vivienda (domicilio) particular 3 <input type="checkbox"/> ● Otro lugar (vía pública, transporte, etc.) 4 <input type="checkbox"/>	[ ] → pasar a Preg. <b>13</b>	Nombre del establecimiento: <u>CLINICA SAM</u>
---	-------------------------------	--

<b>13</b> Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: <u>AV. REPUBLICA ARGENTINA N°275</u>	
Localidad/Paraje: <u>PUERTO IGUAZU</u>	Departamento o Partido <u>PUERTO IGUAZU</u>
Provincia <u>MISIONES</u>	

Continúa al dorso →

B- Para la Dirección de Estadística de Salud (Valor Estadístico)

**MINISTERIO DEL INTERIOR**  
**CERTIFICADO MEDICO DE NACIMIENTO**

ME DIANTE EL PRESENTE, SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HA ASISTIDO EL PARTO DE:

DATOS DE LA MADRE	APELLIDO/S: <b>GAMEL</b>	EDAD: <b>36</b>
	NOMBRES: <b>FABIANA RAQUEL</b>	
	NACIONALIDAD: <b>ARGENTINA</b>	
	PRESENTE DOCUMENTO: <b>(D)</b> NO TIPO Y N° DE DOCUMENTO: <b>DNI: 33903.444</b>	
DOMICILIO: <b>EL CERVO N° 224</b>		

DATOS DEL BEBEN NACIDO	SIENDO EL PARTO: SIMPLE <input checked="" type="checkbox"/> DOBLE <input type="checkbox"/> MULTIPLE <input type="checkbox"/> DEL QUE NACIERON VIVOS LA CANTIDAD DE: <b>1</b>
	SEXO: <b>MASCULINO</b> FECHA DE NACIMIENTO: <b>10/08/2024</b>
	PESO AL NACER: <b>3600</b> HORA DEL NAC.: <b>019</b> HORAS <b>214</b> MINUTOS
	EDAD GESTACIONAL: <b>310</b> SEMANAS
	LUGAR DEL NACIMIENTO: <b>PVENTO IGUAZU</b> CLINICA SAM-MEDICINA PRIVADA AV. REPUBLICA ARGENTINA 275 PTO. IGUAZU - C. P. 3370 MISIONES
NOMBRE SOLICITADO PARA INSCRIBIR: <b>IGNACIO VALENTE</b>	

EL PARTO HA SIDO ASISTIDO EN: (marcar cual correspondo)		
ESTABLECIMIENTO SANITARIO	NOMBRE: <b>CLINICA SAM</b>	DOMICILIO: <b>AV. REPUBLICA ARGENTINA N° 275</b>

IMPRESIONES: \* APILOSCOPICAS:



**INSTRUCCIONES DE USO:**  
 LEVANTE LA SOLAPA CORRESPONDIENTE Y TRANSFIERA LA IMAGEN DACTILAR EN UN SOLO CONTACTO, LUEGO CIERRE LA SOLAPA.

OBSERVACIONES DE LA TOMA DE IMPRESIONES: \_\_\_\_\_

EXPIDE EL CERTIFICADO, EN LA CIUDAD DE **PVENTO IGUAZU** PROVINCIA DE: **MISIONES**  
 A LOS **10** DIAS DEL MES DE **AGOSTO** DE 20 **24**

POR QUIEN SUSCRIBE EL PRESENTE:		
MEDICO PARTERO	APELLIDO/S: <b>Perez GAO</b>	
	NOMBRE/S: <b>EFRAIN</b>	
	MATRICULA PROFESIONAL: <b>2244</b>	
ASISTENTE SANITARIO	APELLIDO/S: <b>JIMENEZ</b>	
	NOMBRE/S: <b>SUSANA ISABEL</b>	
	MATRICULA: <b>1105</b>	

Dr. Efrain Perez Gao TOCOGINECOLOGO REG. PROF. N° 2244 FIRMA: <i>[Signature]</i> MEDICO PARTERO AGENTE SANITARIO	CLINICA SAM-MEDICINA PRIVADA AV. REPUBLICA ARGENTINA 275 PTO. IGUAZU - C. P. 3370 BELLO OESTE MISIONES	Dra. Susana Jimenez Directora Medica CLINICA SAM-MEDICINA PRIVADA AV. REPUBLICA ARGENTINA 275 PTO. IGUAZU - C. P. 3370 BELLO OESTE MISIONES FIRMA: <i>[Signature]</i> ASISTENTE SANITARIO AGENTE SANITARIO COMPETENTE DEL SALUD
--	---	--

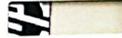
NOTIFICACION DEL HECHO DEL NACIMIENTO POR EL HOSPITAL O SANATORIO		
APELLIDO Y NOMBRE: <b>Perez Gao Efrain</b>		
TIPO Y N° DE DOCUMENTO: <b>DNI: 40.739.875</b>		
INSTITUCION: <b>CLINICA SAM</b>		FIRMA DEL NOTIFICADO: _____

PARA COMPLETAR EN LOS REGISTROS CIVILES

DATOS PARA LLEVAR EL ACTA DE NACIMIENTO CONSIGNADOS POR EL DENUNCIANTE, ANTE OFICIAL PUBLICO

<b>DATOS DEL NACIDO:</b>		
APELLIDOS:		
NOMBRE/S:		
<b>DATOS DE LA MADRE:</b>		
APELLIDOS:		
NOMBRE/S:		
DOMICILIO:		
TIPO Y N° DE DOCUMENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD:
<b>DATOS DEL PADRE / MADRE:</b>		
APELLIDOS:		
NOMBRE/S:		
DOMICILIO:		
TIPO Y N° DE DOCUMENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD:
<b>DATOS DEL DENUNCIANTE:</b>		
APELLIDOS:		
NOMBRE/S:		
DOMICILIO:		
TIPO Y N° DE DOCUMENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD:

OBLEA PARA EL HOSPITAL  
APLICAR EN LIBRO DE PARTOS



OBLEA PARA EL REGISTRO CIVIL >>>>  
APLICAR EN LIBRO DE NACIMIENTOS

02243601

CERTIFICADO N°

02243601

IMPRESION PLACAR  
DERECHA  
PARA EL REGISTRO  
CIVIL

**LUGAR RESERVADO PARA  
EL REGISTRO CIVIL**  
ADHIERA AQUÍ LA OBLEA RNP (MATICULA ASIGNADA)

<b>TESTIGOS:</b> (A FALTA DEL DOCUMENTO DE LA MADRE, PADRE O CONYUGE)			
APELLIDOS/S:			
NOMBRE/S:			
DOMICILIO:			
TIPO Y N° DE DOCUMENTO:			
APELLIDOS/S:			
NOMBRE/S:			
DOMICILIO:			
TIPO Y N° DE DOCUMENTO:			
<b>DATOS DE LA FILIACION MATRIMONIAL:</b> (SI CORRESPONDIERE)			
FILIACION MATRIMONIAL ACREDITADA CON: (MARCAR CUAL CORRESPONDA)		PARTIDA	LIBRETA
ACTA:	TOMO:	FOLIO:	AÑO:
OF. SECCIONAL:			
<b>DATOS DE LA INSCRIPCION DE NACIMIENTO:</b>			
FECHA DE INSCRIPCION:		OF. SECCIONAL:	
ACTA:	TOMO:	FOLIO:	N° DE DNI ASIGNADO:
FIRMA DEL DENUNCIANTE		FIRMA Y SELLO OFICIAL PUBLICO	

PROVINCIA DE MISIONES			
DIRECCION GRAL. DEL REG. PROV. DE LAS PERSONAS			
MESA DE ENTRADA Y SALIDA			
Nº Expte.	Letra	Año	
2719	A	24	
ENTRO		SALIO	
DIA	HS.	DIA	HS.
16	AGO	20	24
MES	MEN	MES	MEN
AÑO	AÑO	AÑO	AÑO

En la ciudad de **Posadas**, capital de la Provincia de Misiones a los 19 días del mes de AGOSTO de 2024. Ante mí, jefe del Dpto. Jurídico y Legalizaciones del Registro Provincial de las Personas, se registra al Expte N° 2719- A-2024 Escritura Notarial N° 147 bajo N° 22349 F° 295. En INSCRIPCION DE NACIMIENTO IN VITRO IGNACIO VALENTINO de cuyo contenido doy fé. Referencia archivo: Libro N° 10 Folio 107 Año 2024



**WIVIANA C. R. CASTILLO**  
 Jefe Dpto. Despacho  
 Registro Provincial de las Personas