

## Transfer de Crio - Gametos Donados - Pareja

Sra. CAMPANELLO, ADRIANA CAROLINA de 43 años de edad.  
Con domicilio en Chacra 100 Calle 90 N° 5268 - POSADAS MISIONES - Misiones POSADAS MISIONES y documento N° 28544004 en adelante la "Paciente".  
Sr. PEREZ, NORBERTO ARMANDO de 48 años de edad.  
Con domicilio en Chacra 100 Calle 90 N° 5268 - y documento N° 24742798 en adelante el "Paciente".

HALITUS INSTITUTO MÉDICO

20. 24.....

CABA, 12..... de MARZO..... de

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO MÉDICO DE DESCONGELAMIENTO Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA CON GAMETOS DONADOS. PAREJA

Este consentimiento informado correspondiente a **CAMPANELLO ADRIANA CAROLINA - DNI 28544004**. Historia clínica **N° 154232/00**.

Se vincula con el consentimiento informado firmado por **PEREZ NORBERTO ARMANDO - DNI 24742798**.

#### 1) INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE EL PROCEDIMIENTO MÉDICO DE TRANSFERENCIA EMBRIONARIA CON GAMETOS DONADOS

##### Definiciones

- Descongelamiento embrionario: procedimiento mediante el cual un embrión criopreservado y almacenado en nitrógeno líquido, es descongelado e hidratado nuevamente para recuperar sus funciones celulares y/o cualquier otra técnica aprobada por el Ministerio de Salud de la Nación, la cual quedará automáticamente subsumida en esta definición.
- Transferencia embrionaria: procedimiento médico mediante el cual los embriones cultivados in vitro son transferidos al útero para su implantación en el endometrio (capa interna del útero).
- Fecundación in Vitro FIV-ET y transferencia intrauterina de embriones: es un tratamiento de reproducción humana asistida de alta complejidad. - ICSI: inyección intracitoplasmática de un espermatozoide (ICSI) es una técnica de microinseminación: introducción de un espermatozoide dentro del citoplasma ovular.
- Gametos: entiéndase por gameto/s a la/s célula/s 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 técnicas/tratamientos de reproducción médicamente asistida de conformidad

FERNANDEZ  
Escribano P  
Titular del  
BOSADA

SA EDGARDO

ico Nacional

con lo previsto en la Resolución 1305/2015, sustitutivas y/o modificatorias del Ministerio de Salud de la Nación, inscripto debidamente en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (ReFes) 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; o por infertilidad estructural en el caso de parejas del mismo sexo.

Este tratamiento de reproducción humana asistida de alta complejidad se realiza con (marcar lo que corresponda):

- Ovocitos donados  
 Esperma donado

### Particularidades de este tratamiento y técnica

El cultivo extracorpóreo para su transferencia intrauterina, requiere estrictos controles de calidad para el logro de la efectividad clínica, necesidad de equipo multidisciplinario, cumplimiento de estándares de calidad, y laboratorio de embriología de alta complejidad.

#### Etapas del tratamiento

- a) Descongelamiento: es el procedimiento mediante el cual uno o más embriones criopreservados y almacenados en nitrógeno líquido son sucesivamente hidratados y llevados a temperaturas fisiológicas para luego ser transferidos. Se realiza por métodos lento o ultrarápido (desvitrificación).
- b) Preparación endometrial: con fármacos orales, transdérmicos y/o vaginales, junto con el monitoreo ecográfico y/u hormonas en plasma.
- c) Transferencia: consiste en la reposición de los embriones en el útero de la persona mediante una cánula de transferencia bajo control ecográfico, luego de su cultivo en laboratorio. Se trata de un procedimiento ambulatorio a realizarse entre el segundo y sexto día de desarrollo embrionario

### Riesgos generales

A) Consideraciones generales:

A.1. Descongelamiento: existe riesgo de no supervivencia de los embriones al descongelamiento, siendo este riesgo menor al 20%. En el supuesto caso de no supervivencia de ningún embrión, la transferencia será cancelada A.2. Transferencia: existe riesgo de infección, hemorragia o la imposibilidad de transferencia por variables anatómicas; siendo este riesgo menor al 5%. Podría ocurrir que no se logren embriones viables para transferir por falta de desarrollo de los mismos con la consecuente suspensión de la transferencia embrionaria. A.3. Riesgos para el caso de recepción de semen y/u óvulos donados: si bien la posibilidad de patología genética o infecciosa disminuye con el uso de gametos donados,

ERNADEZ SOC  
rbano Públi  
ritular del Reg.  
POSADAS M

existe un riesgo residual. El riesgo de malformaciones en el recién nacido es similar al de la población general.

#### 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:

#### 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 procedimiento al que accedo.
- He leído y he comprendido la información brindada precedentemente en relación al procedimiento al que me someto en el marco de un proyecto parental conjunto con **PEREZ NORBERTO ARMANDO**.
- He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en lenguaje adecuado, claro y sencillo.
- He sido informada/o que todos los datos médicos relativos a este tratamiento son confidenciales, incluyendo los vertidos 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 informada/o 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 informada/o 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 los embriones criopreservados con motivo de la realización de un TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD con TÉCNICA FIV/ICSI (correspondiendo brindarse/haberse brindado el CONSENTIMIENTO INFORMADO correspondiente a dicho TRATAMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD) realizado previamente y formados con gametos donados serán descongelados con los fines de llevar adelante este procedimiento médico de transferencia embrionaria.

Se me ha informado debidamente y he comprendido que los embriones se transfieren a **CAMPANELLO ADRIANA CAROLINA**, quien llevará adelante la gestación en el marco de un proyecto parental conjunto con **PEREZ NORBERTO ARMANDO**, y que la determinación de la filiación se encuentra informada y comprendida debidamente por quien

FERNANDO  
Escritor  
Titular de  
POSAD.

suscribe, con motivo del CONSENTIMIENTO INFORMADO ya otorgado/a otorgarse para el TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD correspondiente

- Embriones. Se me ha informado debidamente y he comprendido que la cantidad de embriones a ser transferidos (1, 2 o 3 en casos excepcionales) es una decisión y responsabilidad del equipo profesional/centro interviniente según sea adecuado para el logro del embarazo, a fin de evitar los riesgos ocasionados por los embarazos múltiples y resguardar la salud de quien gesta.
- Renovación del consentimiento: Se me ha informado debidamente y he comprendido que el presente consentimiento es válido sólo para este procedimiento médico de transferencia que resulta una etapa componente de un TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD, y para el cual quien suscribe otorga el CONSENTIMIENTO INFORMADO correspondiente, debiendo renovarse en caso de futuros procedimientos, conforme lo dispuesto en el artículo 560 del Código Civil y Comercial de la Nación, siendo este nuevo consentimiento el correspondiente para la inscripción del nacimiento ante el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, previa protocolización o certificación de conformidad con lo dispuesto en el art. 561 del Código Civil y Comercial.
- Revocación del consentimiento: Se me ha informado debidamente y he comprendido que puedo revocar el presente consentimiento hasta antes de efectuada la transferencia embrionaria, en virtud de lo establecido en el artículo 7 de la Ley N° 26.862 de Acceso Integral a los Procedimientos y Técnicas Médico Asistenciales de Reproducción Medicamente Asistida y su Dto. Reglamentario N° 956/2013 (art. 7), concordantes y modificatorias y lo dispuesto en el artículo 561 del Código Civil y Comercial de la Nación.
- Se me ha informado debidamente y he comprendido que para la revocación del consentimiento se debe notificar de manera fehaciente y por escrito al centro médico interviniente manifestando de manera expresa la voluntad de revocar el presente consentimiento informado y no continuar con el procedimiento de transferencia embrionaria.
- Carácter de la donación: Se me ha informado debidamente y he comprendido que los embriones conformados con gametos propios provienen de una donación (marque lo que corresponda):

Anónima

No anónima

De persona

determinada:.....

Para el caso de que sea anónima, desconozco la identidad del/la donante, como así también que el/la donante carece de información sobre los/las receptores/ras. 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 del/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 del/la donante ni el ejercicio de acción de filiación o de reclamo jurídico alguno 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/a que ha nacido de 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.



ACTUACION NOTARIAL



E 06468075  
CE SE CU SE DC CE SI CI

FERNAN  
Escritor  
Titular  
POS

ARD  
nal

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25

**CERTIFICACIONES DE FIRMAS E IMPRESIONES DIGITALES**

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

LIBRO Nº 503 FOLIO Nº 03344076 ACTA Nº 076

En mi carácter de NOTARIO PUBLICO TITULAR del REGISTRO

NOTARIAL Nº 54 CERTIFICO que la(s) FIRMA-----

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

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

Norberto Armando PEREZ, D.N.I. Nº 24.742.798, CUIT/CUIL: 20-24742798-9, nacido el 16 de diciembre de 1975, divorciado de sus primeras nupcias y

Adriana Carolina CAMPANELLO, D.N.I. Nº 28.544.004, CUIT/CUIL: 27-28544004-7, nacida el 16 de octubre de 1980, soltera, ambos argentinos, mayores de edad, hábiles, domiciliados en Calle Eldorado 90 – 5268 – Chacra 100 Barrio

Santa Rita de Posadas, Provincia de Misiones, identificados conforme al Régimen Legal del Artículo 306 inciso a) del Código Civil y Comercial de la Nación, quienes declaran ser plenamente capaces y no estar comprendidos en los Artículos

44 y 45 del Código Civil y Comercial de la Nación.- Confeccionado en un ejemplar, certificación de firmas en CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROCEDIMIENTO MEDICO DE DESCONGELAMIENTO Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA CON GAMETOS DONADOS. PAREJA.-

Posadas, Misiones, 10 de diciembre de 2024.-

FERNANDEZ SOSA EDGARDO  
Escribano Público Nacional  
Titular del Registro Nº 54  
POSADAS MISIONES

# MINISTERIO DEL INTERIOR

## CERTIFICADO MEDICO DE NACIMIENTO

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

DATOS DE LA MADRE	APELLIDO/S: <u>Campanello</u>
	NOMBRE/S: <u>Adriana Carolina</u>
	NACIONALIDAD: <u>Argentina</u> EDAD: <u>44</u>
	PRESENTA DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO TIPO Y N° DE DOCUMENTO: <u>28544004</u> DOMICILIO: <u>En 100 calle Lederos 90 Coss 5268</u>

SIENDO EL PARTO: SIMPLE  DOBLE  MULTIPLE  DEL QUE NACIERON VIVOS LA CANTIDAD DE:

DATOS DEL RECIEN NACIDO	SEXO: <u>Masculino</u>	FECHA DE NACIMIENTO: <u>02-12-2024</u>
	PESO AL NACER: <u>2840</u>	HORA DEL NAC.: <u>08</u> HORAS. <u>53</u> MINUTOS
	EDAD GESTACIONAL: <u>37</u> SEMANAS	LUGAR DEL NACIMIENTO: <u>Sanatorio Boratti</u>
	NOMBRE SOLICITADO PARA INSCRIBIR: <u>Perez Coma Jonathan</u>	

EL PARTO HA SIDO ASISTIDO EN: (marcar cual correspondía)		
ESTABLECIMIENTO SANITARIO	NOMBRE: <u>Sanatorio Boratti</u>	DOMICILIO
	DOMICILIO: <u>mitre 2320</u>	

### IMPRESIONES PAPILOSCOPICAS:

ABRA POR AQUI	IMPRESION DACTILAR DE LA MANO DE LA MADRE	IMPRESION PLANTAR DERECHA DEL NACIDO	ABRA POR AQUI
	IMPRESION PLANTAR IZQUIERDA DEL NACIDO		

**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: San Juan PROVINCIA DE: Misiones  
A LOS 02 DIAS DEL MES DE Diciembre DE 20 24

MEDICO PARTERO	APELLIDO/S: <u>Andono</u>
	NOMBRE/S: <u>María de los Angeles</u>
	MATRICULA PROFESIONAL: <u>4805</u>
AGENTE SANITARIO	APELLIDO/S:
	NOMBRE/S:
	MATRICULA:

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO PARTERO AGENTE SANITARIO	SANATORIO BORATTI S.R.L. N° CUIT: 30-62538084-3 SELLO DEL ESTABLECIMIENTO	CERTIFICACION DE LA FIRMA DEL AGENTE SANITARIO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE DE SALUD
---	---	---

NOTIFICACION DEL HECHO DEL NACIMIENTO POR EL HOSPITAL O SANATORIO		
APELLIDO Y NOMBRE: <u>Andono Maria de los Angeles</u>	FIRMA DEL NOTIFICADOR: <u>Dra. Andono M. de los Angeles</u> Esp. Ginecología y Obstetricia 1974 1975	
TIPO Y N° DE DOCUMENTO: <u>30377230</u>		
INSTITUCION: <u>Sanatorio Boratti</u>		

En la ciudad de Posadas, Capital de la Provincia de Misiones, a los 11  
del mes de Diciembre de 2024, ante mí, Jefe del Dpto. Jurídico

y Legalizaciones del Registro Provincial de las Personas, se registra el Expte.  
N° 4416-A-24 oficio N° 60.503 de fecha 10/12/24  
bajo el n° 226924 F° 217

en Inscripción Matrimonio  
Osvaldo Pérez Ingo Jonathan  
Holter Mokilub Pedro

de cuyo contenido doy fé. Referencia archivo: Libro n° 17 Folio 44 Año 24  
Trámite al 48

VIVIANA C. R. CASTILLO  
Jefa Dpto. Despacho  
Registro Provincial de las Personas