

ANEXO I.1  
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO SANITARIO

Consentimiento N°:..... 1

Localidad, 28 de JUNIO de 2024

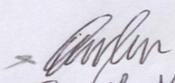
CONSENTIMIENTO INFORMADO: TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA DE BAJA COMPLEJIDAD CON SEMEN DONADO. PAREJA.

Este consentimiento informado correspondiente a SANCHEL MARION 34.018.446.....<sup>2</sup> (Historia clínica N° ..... ) y se vincula con el consentimiento informado firmado por Srta. CARLA YANINA 30.417.598.....<sup>3</sup> (Historia clínica N° ..... ) en fecha ....., nro. ....

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

Definiciones

- <sup>1</sup> El Número de consentimiento aquí completo corresponde al asignado en el Establecimiento Sanitario, sin perjuicio del protocolo que resulte asignado por el/la Escribano/a Público/a o por la Autoridad Competente a efectos de su protocolización correspondiente.
- <sup>2</sup> Consignar nombre y apellido completo - DNI de quien suscribe el consentimiento informado.
- <sup>3</sup> Consignar nombre y apellido completo - DNI de la pareja.

  
Sanchel Marion  
34.018.446

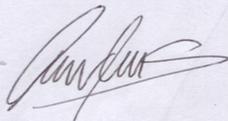


IF-2017-01561006-APN-DD#MS

- 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 esperma de donante.
- Banco de semen: es un banco de células y tejidos que obtiene almacena y/ o distribuye espermatozoides humanos para utilizarlos en tratamientos y técnicas de reproducción humana asistida. Los donantes de semen son seleccionados mediante evaluación clínica, psicológica, infectológica y genética bajo normas de calidad y bioseguridad específicas, siendo las muestras almacenadas y criopreservadas para uso posterior.
- Gametos: entiéndase por gameto/s 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 tratamientos con técnicas de reproducción médicamente asistida de conformidad 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; y/o por infertilidad estructural.



IF-2017-01561006-APN-DD#MS

página 2 de 9

ALEXANDRA SCHIRMER  
NOTARIA  
Registro Notarial 110  
Misiones

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

- Esperma donado (Tildar 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 ultimo d) inseminación intrauterina propiamente 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 los 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-DD#MS

página 3 de 9

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:.....  
.....  
.....

**Resultados / Estadísticas de efectividad**

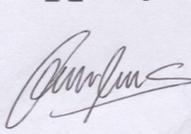
Si bien el resultado para cada caso en particular depende de los factores individuales de los pacientes (principalmente la edad de la mujer), la probabilidad de obtener un embarazo clínico puede ser entre el 10 y 20%

**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

Srta. Carla Yanina.....<sup>4</sup>

\_\_\_\_<sup>4</sup> Consignar nombre y apellido completo de la pareja.



IF-2017-01561006-APN-DD#MS

LA ALEJA  
NOT  
cripto Regi  
as

SCHIRMER  
Notarial 110  
Misiones

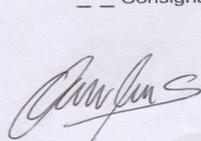
- He comprendido las explicaciones que se me ha facilitado en lenguaje adecuado, claro y sencillo.
- He sido informada/o que todos los datos médicos relativos a este tratamiento son confidenciales, incluyendo los vertidos en la historia clínica, como así los estudios complementarios y/o imágenes, conforme 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 el semen donado será inseminados en la persona de SANCHEZ MARIANA <sup>5</sup> quien llevará adelante la gestación en el marco de un proyecto parental conjunto con SILVA CARLA JAVINA <sup>6</sup>
- **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

<sup>5</sup> Nombre y apellido completo de quien suscribe el consentimiento informado.

<sup>6</sup> Consignar nombre y apellido completo de la pareja




IF-2017-01561006-APN-DD#MS

página 5 de 9

nacida este tratamiento y técnica queda determinado por la voluntad procreacional instrumentada en el presente consentimiento informado y el consentimiento informado firmado por SUELA CARLA JAVINA 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/s nacida/s 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 Escribano 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 SUELA CARLA JAVINA 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.



IF-2017-01561006-APN-DD#MS

página 6 de 9

- **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 efectuada la inseminación en virtud de lo establecido en el artículo 7 de la Ley N° 26862 de Acceso Integral a los Procedimientos y Técnicas Médico Asistenciales de Reproducción Medicamente Asistida y su Dto. Reglamentario N° 956/2013 (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 interviniente 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 (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.



IF-2017-01561006-APN-DD#MS

página 7 de 9

- 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 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/a 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, habiéndome 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 conjunto

con SOIER CARLA YANINA .....<sup>9</sup> -

### 3) DATOS DEL PACIENTE Y DEL MÉDICO.

Paciente:

Apellido: SANCHEZ  
 Nombre: MAIANA  
 D.N.I.: 34010446  
 Fecha de nacimiento: 25/01/89  
 Domicilio: TRIPOLI 3806  
 Teléfono de contacto: 3764 856464  
 Correo electrónico: cordastica@gmail.com

<sup>9</sup> - - Consignar nombre y apellido completo de la pareja.

IF-2017-01561006-APN-DD#MS

página 8 de 9

OBSERVACIONES:

\*Es responsabilidad del/la paciente notificar al centro médico sobre cualquier modificación del domicilio denunciado. Caso contrario resultará válido éste a los efectos de lo que aquí se consiente.

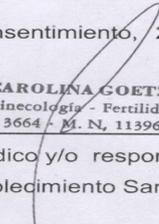
Para el supuesto de suscitarse conflictos judiciales en la interpretación del presente documento, acordamos someternos a la jurisdicción de los tribunales de .....

Médico:

Apellido: Goetze  
Nombre: Carolina  
D.N.I.: 25052110  
Matrícula: YP3664.

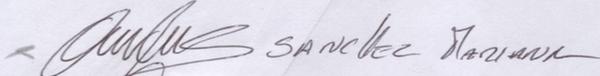
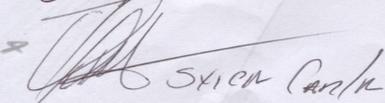
En este acto se firman 3 (tres) ejemplares del presente consentimiento, 2 (dos) de los cuales son entregados al/la paciente firmante <sup>10</sup>.

  
Sandra Marina  
Firma paciente

  
Dr. CAROLINA GOETZE  
Tocoginecología - Fertilidad  
M. P. 3664 / M. N. 113964

Firma médico y/o responsable  
del Establecimiento Sanitario

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

  
Sandra Marina  
  
Carolina Goetze

IF-2017-01561006-APN-DD#MS

página 9 de 9

**Datos del paciente**

Paciente: SANCHEZ, MARIANA  
DNI: 34018446  
Teléfono celular: 3764-856464  
Obra Social: CAMIONEROS INOS [PLAN UNICO] 145343/01

ID Paciente: 1816012  
Fecha Nac.: 25/01/1989 (35 años)  
Otros teléfonos: 376-4856464

**Problemas Activos**

Familia Homoparental

**Evoluciones**

05/05/2023 10:26 Cecilia Carolina Goetze - (M.P. 03664) (Fertilidad)  
Familia Homoparental:

DERIVADO:

MAIL:

NOMBRE CONYUGE: Svica Carla

EDAD: 38

DNI CONYUGE: 30717598

OCUPACION CONYUGE: locutora

OCUPACION PACIENTE: diseño grafico

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES: ella: antecedente de tiroiditis-tias mat: hipotiroides

HABITOS TOXICOS: no

ANTECEDENTES QUIRURGICOS: no

FUM: 27/04/23 TM: 30 MENARCA: 16

CONTROL GINECOLOGICO:

PAP Y COLPO: nunca MAMOGRAFIA:

ECO MAMARIA:

DIAGNOSTICO-FACTOR: familia homoparental

Plan: chequeo gin, lab H-eco basal-eco dia 13-hsg-cultivo flujo-cariotipo-quieren AID

GABRIEL  
Adscrip  
posada

RIMER  
al 110  
siones

DRA. CAROLINA GOETZE  
Médico Ginecología y Obstetricia  
M.P. 03664

Firmado electrónicamente por:  
DRA GOETZE CECILIA CAROLINA  
MEDICO  
M.P. 03664

**Datos del paciente**

Paciente: SANCHEZ, MARIANA  
C.I.: 34018446  
Teléfono celular: 3764-856464  
Obra Social: CAMIONEROS INOS [PLAN UNICO] 145343/01

ID Paciente: 1816012  
Fecha Nac.: 25/01/1989 (35 años)  
Otros teléfonos: 376-4856464

**Problemas Activos**

Familia Homoparental

**Evoluciones**

6/06/2024 10:33 Cecilia Carolina Goetze - (M.P. 03664) (Fertilidad)  
Familia Homoparental:

UM 16/06/24

co hoy día 11 para AID con cc mas gonol 75 5-7-9: end 7/8III-tipo A-od folic 18-oi folic 16 y 14,5-AUD 2,40-SAUI 2,40-buena fase  
diastolica

Plan: AID día 13-HCG hoy día 11, 1 dosis mas de gonol hoy

GABRIEL  
Adscrip  
Posada

ARMER  
110  
Posada

Firmado electrónicamente por:  
DRA GOETZE CECILIA CAROLINA  
MEDICO  
M.P. 03664

GABRIELA  
Adscripto  
Posadas

SCHIRMER  
Notarial 110  
Misiones



MEDICINA REPRODUCTIVA S.R.L.

**LABORATORIO DE FERTILIDAD**

**POSADAS MISIONES**

PACIENTE: Sánchez, Mariana DNI: 34018446  
PAREJA: Svica, Carla DNI: 30717598  
FECHA: 28/06/24  
DOCTOR: Goetze, C.  
PROTOCOLO: 0017/24

**SELECCIÓN Y CAPACITACIÓN ESPERMÁTICA PARA IUI**

MUESTRA: SEMEN HETERÓLOGO  
MÉTODO: GRADIENTE DE DENSIDAD/ SWIM UP (OMS 2010)

Vol inicial: 1 ML	
Rto espermático: $55 \times 10^6$ /ml	Movilidad: MP: 65 %
	MNP: 15 %
	INM: 20 %

Vol final: 0.5 ML	
Rto espermático: $20 \times 10^6$ /ml	Movilidad: MP: 90 %
	MNP: 5 %
	INM: 5 %

Validado electrónicamente por Bioquímica Ferreiro Paz, Alejandra Cristina MP 465.

ACTUACIÓN NOTARIAL N° E06546203

GABRIELA ALEJANDRA SCHIRMER  
NOTARIA  
Adscripto Registro Notarial 110  
Posadas Misiones



ACTUACION NOTARIAL



E 06546203  
CE SE CI CU SE DO CE TR

**CERTIFICACIONES DE FIRMAS E IMPRESIONES DIGITALES**

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

LIBRO Nº 392 FOLIO Nº 03303366 ACTA Nº 166

En mi carácter de NOTARIO PUBLICO **ADSCRIPTO** del REGISTRO

NOTARIAL Nº 110 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).

**COMPARECEN:** Mariana **SANCHEZ**, titular del Documento Nacional de Identidad 34.018.446

fecha de nacimiento 25/01/1989, con domicilio en Tripoli 3706 0 y **Carla Yanina SVICA**, titular del

Documento Nacional de Identidad 30.717.598, fecha de nacimiento 18/05/1984, con domicilio en

Tripoli 3706, ambas de la ciudad de Posadas, departamento Capital, provincia de Misiones, de

nacionalidad argentina, mayores de edad. Acreditan sus identidades y domicilios con sus

documentos de identidad expedidos por el R.N.P. que me exhiben para este acto, de conformidad

al artículo 306 inciso "a" del Código Civil y Comercial de la Nación. Intervienen en ejercicio de sus

propios derechos. Corresponde certificación de firmas insertas en **CONSENTIMIENTO**

**INFORMADO: TRATAMIENTO DE REPRODUCCION HUMANA ASISTIDA DE BAJA**

**COMPLEJIDAD CON SEMEN DONADO. PAREJA – ANEXO I.1 (HISTORIA CLINICA WEB-**

**MEDICINA REPRODUCTIVA CREAM.).** Confeccionado y firmado en un ejemplar. Se deja

constancia que el instrumento no fue redactado por la certificante y que se comunicó a las partes

la obligatoriedad fiscal dentro del término legal. POSADAS, CAPITAL, MISIONES, 12 de marzo

del 2025.

~~GABRIELA ALEJANDRA SCHIRMER~~  
GABRIELA ALEJANDRA SCHIRMER  
NOTARIA  
Adscripto Registro Notarial 110  
Posadas Misiones

GABRIELA ALEJAN  
NOTA  
Adscripto Regist  
osadas

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

# 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 rellenos 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>SANCHEZ</u>	Nombre/s <u>PASTOR</u>
---------------------------	------------------------

<b>5</b> Fecha de Nacimiento D.N.I. Día  0   9  Mes  0   9  Año  2   0   5   3   4   0   1  B.M.H.G.	<b>6</b> Sexo Masculino 1 <input checked="" type="checkbox"/> Femenino 2 <input type="checkbox"/> Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>
--	--

<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 <input type="checkbox"/> niños vivos, y <input type="checkbox"/> defunciones fetales	<b>7</b> Cúal fue el peso del niño al nacer? • gramos <u>3250</u>
--	--

<b>9</b> Cuántas semanas completas duró la gestación? • semanas completas <u>38</u>	<b>10</b> En que fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño? Día <u>16</u> Mes <u>06</u> Año <u>2024</u>
--	--

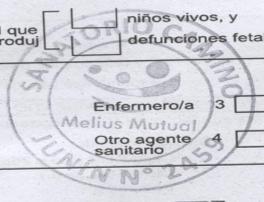
<b>11</b> El parto fue atendido por Médico/a 1 <input checked="" type="checkbox"/> Partero/a 2 <input type="checkbox"/> Enfermero/a 3 <input type="checkbox"/> Otro agente sanitario 4 <input type="checkbox"/>	Comadreja 5 <input type="checkbox"/> Otros 6 <input type="checkbox"/> Sin atención 7 <input type="checkbox"/>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

<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"/>	Nombre del establecimiento: <u>SAN PEDRO</u> <u>COMUNO</u> No usar  _ _ _ _ _
---	---

**13** Domicilio donde se produjo: Calle y N°/Ruta y km:

Localidad/paraje: No usar  _ _ _ _ _	Departamento o Partido:  _ _ _ _ _	Provincia: No usar  _ _ _ _ _
--------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

B- Para la Dirección de Estadística de Salud (valor estadístico)



continúa al dorso

**SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES**

**DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DEL NACIMIENTO QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO**

**14** ¿Cuál es su edad? (años cumplidos) ● Años 36 **15** ¿Cuál es la fecha de nacimiento de la madre? Día 25 Mes 10 Año 1967

**16** Contado hasta el de este niño inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre? ● embarazos 4 **17** Entre todos estos embarazos cuántos hijos nacidos vivos tuvo? 1 ● y cuántas defunciones fetales     

**18** ¿Dónde vive habitualmente? calle y N° / Ruta y Km: TUPOLI 3706  
Localidad / Paraje Potapal Departamento o partido CAPITAL  
Provincia (o país para extranjeros) Misiones País     

**19** ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el sistema educativo (S.E) que corresponde, una sola casilla)

● Nunca asistió	01 <input type="checkbox"/>			S.E. Reformado	Incompleto	Completo
● S.E. No reformado	Incompleto	Completo		Ciclo EGB (1ro y 2do.)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>		Ciclo EGB (3ro.)	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input checked="" type="checkbox"/>		Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
● Superior o Universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input checked="" type="checkbox"/>				

**20** Pertenece o está asociada a:  
● Obra social 1  ● Plan de salud privado o mutual 2  ● Ambos 3  ● Ninguno 4

**21** La madre convive o está en pareja? SI 1  → Responder preg. (22) (23) (24) y (25) con los datos del padre exclusivamente.  
NO 2  → Pasar a preg. (24) y (25) y responderlas con los datos de la madre exclusivamente.

**DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DEL NACIMIENTO QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO**

**22** ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el sistema educativo (S.E) que corresponde, una sola casilla)

● Nunca asistió	01 <input type="checkbox"/>			S.E. Reformado	Incompleto	Completo
● S.E. No reformado	Incompleto	Completo		Ciclo EGB (1ro y 2do.)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>		Ciclo EGB (3ro.)	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>		Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
● Superior o Universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>				

**23** Pertenece o está asociado a:  
● Obra social 1  ● Plan de salud privado o mutual 2  ● Ambos 3  ● Ninguno 4

**DATOS DEL PADRE / MADRE (tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DEL NACIMIENTO QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO**

**24** ¿Cuál es su situación laboral?

● Trabaja o está de licencia	1 <input checked="" type="checkbox"/>	<b>25</b> ¿Cuál es su ocupación actual?	<u>D. seno gráfico</u>
● No trabaja	2 <input type="checkbox"/>		
Busca trabajo	3 <input type="checkbox"/>		
No busca trabajo	4 <input type="checkbox"/>		

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME  
 APELLIDO Y NOMBRE Dr. David Daniel Alarcón FIRMA DAVID A. HALAC  
 ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA ECOGRAFÍA  
 C.A.P. N° 1252

**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:	SANCHEZ		EDAD:	36
	NOMBRE/S:	MARICANA			
	NACIONALIDAD:	ARGENTINA			
	PRESENTA DOCUMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	TIPO Y N° DE DOCUMENTO:	DNE 34.018.446
DOMICILIO:		TRIPOLI 376 POTREROS MISIONES			
SIENDO EL PARTO: SIMPLE <input checked="" type="checkbox"/> DOBLE <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE <input type="checkbox"/> DEL QUE NACIERON VIVOS LA CANTIDAD DE: 1					
DATOS DEL RECIEN NACIDO	SEXO:	MASCULINO		FECHA DE NACIMIENTO:	09/03/2025
	PESO AL NACER:	3250 gm		HORA DEL NAC.:	06 HORAS 46 MINUTOS
	EDAD GESTACIONAL:	38	SEMANAS		
	LUGAR DEL NACIMIENTO:	SANATORIO CAUÑO			
NOMBRE SOLICITADO PARA INSCRIBIR:		ASTOR			

EL PARTO HA SIDO ASISTIDO EN: (marcar cual corresponde) ESTABLECIMIENTO SANITARIO  DOMICILIO

ESTABLECIMIENTO SANITARIO	NOMBRE:	SANATORIO CAUÑO	
	DOMICILIO:	JUNIN 2459 - POTREROS MISIONES	

IMPRESIONES PAPILOSCOPICAS:



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

FIRMA DE LA MADRE

OBSERVACIONES DE LA TOMA DE IMPRESIONES:

EXPIDE EL CERTIFICADO, EN LA CIUDAD DE: POTREROS MISIONES PROVINCIA DE: MISIONES  
 LOS 11 DIAS DEL MES DE MARZO DE 20 25.

POR QUIEN SUSCRIBE EL PRESENTE:

MEDICO PARTERO	APELLIDO/S:	HALAC
	NOMBRE/S:	DAVID ALBERTO
	MATRICULA PROFESIONAL:	M.P. No 125

AGENTE SANITARIO	APELLIDO/S:	
	NOMBRE/S:	
	MATRICULA:	

DR. DAVID A. HALAC  
 ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA  
 Y OBSTETRICIA - ECOGRAFIA  
 M.P. M 01252

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO/PARTERA O AGENTE SANITARIO

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:	
TIPO Y N° DE DOCUMENTO:	
INSTITUCION:	FIRMA DEL NOTIFICADOR

PARA COMPLETAR EN LOS REGISTROS CIVILES

DATOS PARA LABRAR EL ACTA DE NACIMIENTO CONSIGNADOS POR EL DENUNCIANTE, ANTE OFICIAL PÚBLICO

**DATOS DEL NACIDO:**

APELLIDO/S: *Vita-Sanchez*  
 NOMBRE/S:

**DATOS DE LA MADRE:**

APELLIDO/S:  
 NOMBRE/S:  
 DOMICILIO:

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: EDAD: NACIONALIDAD:

**DATOS DEL PADRE / MADRE:**

APELLIDO/S:  
 NOMBRE/S:  
 DOMICILIO:

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: EDAD: NACIONALIDAD:

**DATOS DEL DENUNCIANTE:**

APELLIDO/S:  
 NOMBRE/S:  
 DOMICILIO:

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: EDAD: NACIONALIDAD:

**OBLEA PARA EL HOSPITAL**  
 APLICAR EN LIBRO DE PARTOS



IMPRESION PLUGAR DE LA MADRE PARA EL REGISTRO CIVIL

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

CERTIFICADO N°

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



**TESTIGOS:** (A FALTA DEL DOCUMENTO DE LA MADRE, PADRE O CONYUGE)

APELLIDO/S:  
 NOMBRE/S:  
 DOMICILIO:

TIPO Y N° DE DOCUMENTO:

APELLIDO/S:  
 NOMBRE/S:  
 DOMICILIO:

TIPO Y N° DE DOCUMENTO:

**DATOS DE LA FILIACIÓN MATRIMONIAL:** (SI CORRESPONDIERE)

FILIACIÓN MATRIMONIAL ACREDITADA CON: (MARCAR CUAL CORRESPONDA) PARTIDA LIBRETA

ACTA: TOMO: FOLIO: AÑO: OF. SECCIONAL:

**DATOS DE LA INSCRIPCIÓN DE NACIMIENTO:**

FECHA DE INSCRIPCIÓN: / / OF. SECCIONAL:

ACTA: TOMO: FOLIO: N° DE DNI ASIGNADO:

FIRMA DEL DENUNCIANTE

FIRMA Y SELLO OFICIAL PÚBLICO