



PROCREARTE
RED DE MEDICINA REPRODUCTIVA Y MOLECULAR

Consentimiento N°: 047143¹

Buenos Aires, 10 de Noviembre de 20 23

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRATAMIENTO DE REPRODUCCION HUMANA ASISTIDA

DE ALTA COMPLEJIDAD

CON GAMETOS DE LA PROPIA PAREJA

Este consentimiento informado corresponde a Debora Edith Gotz²
(Historia clínica N° 98056) y a Blas Esequer Martínez³
(Historia clínica N° 98056)

1) INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE ESTE TRATAMIENTO Y TÉCNICA DE FIV/ICSI CON GAMETOS PROPIOS

Definiciones

- **FIVET**: fertilización In Vitro (FIV – ET) con transferencia intrauterina de embriones.
- **ICSI**: inyección intracitoplasmática de un espermatozoide (ICSI) es una técnica de microinseminación: introducción de un espermatozoide dentro del citoplasma ovular.
- **Transferencia embrionaria**: es la colocación en el útero de los embriones 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.
- **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 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)


.....
FIRMA DEL PACIENTE


.....
FIRMA DE LA PAREJA

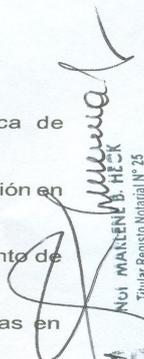
Pág 1 de 7

¹ 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.

² Consignar nombre y apellido completo

³ Consignar nombre y apellido completo de la pareja




Marta Elena B. Beck
Título Registrado Notarial N° 25
ACTUACION NOTARIAL E06550307
BUENOS AIRES, ARGENTINA

conforme lo establece la legislación vigente.

- **Paciente:** Será denominada en este documento a quien es directamente afectada por el tratamiento médico descrito, en general, la mujer a quien se le efectúa la transferencia del embrión.

- **Pareja:** Será denominada en este documento al cónyuge / conviviente / o persona que comparta el proyecto parental junto con la Paciente.

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 or infertilidad estructural.

Particularidades del tratamiento y técnica

La obtención de embriones en 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

- 1) Estimulación de ovulación y monitoreo folicular: el objetivo de la estimulación ovárica controlada es conseguir un mayor número de óvulos para aumentar la probabilidad de lograr embarazo viable. La estimulación de los ovarios se realiza administrando medicamentos y hormonas orales y/o inyectables cuya dosis se determinará por monitoreo ecográfico y/u hormonal en sangre.
- 2) Recuperación de ovocitos: se realiza mediante la punción del ovario y es guiada mediante ecografía. Este es un procedimiento ambulatorio que requiere de anestesia.
- 3) Procesamiento de esperma mediante Swim Up o Percoll / Preparación de gametos (óvulos y espermatozoides).
- 4) Inseminación de ovocitos / Microinseminación: los ovocitos son inseminados (FIV) o inyectados (ICSI) con los espermatozoides para que la fecundación ocurra en el laboratorio desarrollando el cultivo in vitro.
- 5) Transferencia Embrionaria: la transferencia de embriones al útero es un procedimiento ambulatorio. Puede realizarse entre el segundo y sexto día de desarrollo embrionario, o diferirse a ciclos sucesivos para aumentar efectividad o disminuir riesgos.


FIRMA DEL PACIENTE


FIRMA DE LA PAREJA

Pág 2 de 7

E. B. MECK
Médico Nº 25
MEDICINA

Riesgos Generales

A) Consideraciones generales

- Riesgos de la estimulación ovárica en general: 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.

- Puede ser que no se obtengan ovocitos en la punción folicular y se indique discontinuar el tratamiento.

- Otros riesgos: en casos excepcionales infección y Hemorragia post punción (frecuencia menor a 1/1000).

- La respuesta folicular puede variar en los ciclos y no es la misma en la totalidad de pacientes; en algunos casos, la respuesta de la estimulación, luego de la aplicación de inyecciones, puede resultar nula o muy baja, o excesivamente alta. Por consiguiente, el ciclo puede suspenderse antes de realizar la aspiración de los óvulos, por respuesta inadecuada.

- Pueden presentarse fallas completas en la fertilización (en 10 a 30% de pacientes) en un grupo de ovocitos o en su totalidad (5%). Podría ocurrir que no se logren embriones viables para transferir por falla de fertilización o falta de desarrollo de los mismos con la consecuente suspensión de la transferencia embrionaria.

a.2) Riesgos vinculados al embarazo:

Embarazo múltiple (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 la población general. Puede existir un mayor riesgo de anomalías genéticas en ICSI por probables factores predisponentes en el varón.

B) Riesgos personales/personalizados

Debido a las características médicas, psicológicas y sociales de este caso particular, se podría



FIRMA DEL PACIENTE



FIRMA DE LA PAREJA

Pág 3 de 7



MECK
N° 25
N.º 3



PROCREARTE
RED DE MEDICINA REPRODUCTIVA Y MOLECULAR

asociar algún riesgo específico agregado, como puede ser **(a completar por el médico)**:

Resultados / Estadísticas de efectividad

Si bien el resultado para cada caso en particular depende de los factores individuales de los/las pacientes, la probabilidad de obtener un embarazo clínico es de un 25% por ciclo, pudiendo ser de 50% en pacientes menores de 35 años, y de 15% en pacientes entre 40 y 42 años, y siendo menor al 2% a partir de los 43 años. De estas cifras se deduce que el tratamiento no asegura la obtención del embarazo. En caso de las personas receptoras de óvulos la tasa de embarazo es independiente de la edad, oscila entre 30% y 50% por ciclo de transferencias.

Información obtenida

- Hemos 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.
- Hemos leído y Hemos comprendido la información brindada precedentemente en relación al tratamiento al que me someto en el marco de un proyecto parental conjunto.
- Hemos comprendido las explicaciones que se me/nos han facilitado en lenguaje adecuado, claro y sencillo.
- Hemos 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.
- Hemos sido informada/o/s que podemos obtener, en cualquier momento, copia de la 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.
- Hemos sido informada/o/s y consentimos 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 nos ha informado debidamente y hemos comprendido que los embriones resultantes de este


.....
FIRMA DEL PACIENTE


.....
FIRMA DE LA PAREJA

Pág 4 de 7



BHECK
C.I. N° 25
AGNES

tratamiento y técnica de reproducción humana asistida de alta complejidad a realizar con gametos de la pareja se transfieren a Debara Edith Gotz⁴, quien llevará adelante la gestación en el marco de un proyecto conjunto con Blas Esequiel Martínez⁵

* **Determinación de la filiación:** Se nos ha informado debidamente y hemos comprendido los alcances de la regulación vigente. Que el vínculo jurídico filial con la persona nacida de este tratamiento y esta técnica queda determinado por la voluntad procreacional instrumentada en el presente consentimiento informado en el marco de un proyecto monoparental / parental conjunto, conforme lo dispuesto en el artículo 562 del Código Civil y Comercial de la Nación.

* Se nos ha informado debidamente y hemos 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 nos ha informado debidamente y hemos comprendido que a los fines de proceder a la inscripción de la/s persona/s nacida/s mediante el empleo de este tratamiento con esta 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 bien certificado 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 cargo de/l/los suscriptos, conjunta o indistintamente, el diligenciamiento y las erogaciones de su protocolización o certificación ante la autoridad sanitaria como efecto derivado de la determinación de la filiación de los niños nacidos por el uso de este tipo de procedimientos médicos.

* **Embriones:** Se nos ha informado y hemos 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.

Consentimos que (**Marcar la opción que SI corresponda**):

- ⇒ Se generen embriones viables que por los motivos anteriormente expuestos no deban ser transferidos, y que los mismos serán criopreservados (**Deberá suscribirse consentimiento informado de criopreservación de embriones y Contrato**).
- No se criopreserven embriones, por lo que El Centro inseminará un máximo de óvulos igual al número de embriones que será transferido en el útero.

* **Renovación del consentimiento:** Se nos ha informado debidamente y hemos comprendido que el presente consentimiento es válido sólo para la generación de estos embriones y para su


.....
FIRMA DEL PACIENTE


.....
FIRMA DE LA PAREJA

Pág 5 de 7

⁴ Nombre y apellido completo.

⁵ Consignar nombre y apellido completo de la pareja



HECK
Nº 25
N.S.S.

consecuente e inmediata transferencia. En caso de existir embriones sobrantes, el consentimiento debe renovarse ante cada futuro procedimiento, 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 nos ha informado debidamente y hemos 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 nos ha informado debidamente y hemos 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 y no continuar con el procedimiento de FIV/ICSI.

En este marco, habiéndose brindado la información del tratamiento, los riesgos, beneficios y eventuales complicaciones, y comprendiendo los términos del presente, solicitamos, autorizamos y consentimos que PROCREARTE SA y a través de sus profesionales designados efectúen un procedimiento de reproducción humana asistida de alta complejidad en virtud de mi/nuestro PROYECTO PARENTAL CONJUNTO.

3) DATOS DEL PACIENTE Y DEL MÉDICO.

Paciente:

Apellido: Götz	Nombre: Débora Edith
D.N.I: 33.720.582	Fecha de nacimiento: 05-04-1988
Domicilio: Portugal 1277.	Teléfono de contacto: 3755-596440
Correo electrónico: debygötz@gmail.com	

Pareja:

Apellido: Martinez	Nombre: Blas Esequier
D.N.I: 34.413.317	Fecha de nacimiento: 24-04-1989
Domicilio: Portugal 1857	Teléfono de contacto: 3755-636841
Correo electrónico: blasmartinez24@gmail.com	


FIRMA DEL PACIENTE


FIRMA DE LA PAREJA



9. HECK
N° 25
MISIONES



PROCREARTE
RED DE MEDICINA REPRODUCTIVA Y MOLECULAR

Es responsabilidad del/la/los paciente/s y/o pareja notificar al centro médico sobre cualquier modificación del/los domicilio/s denunciado/s. Caso contrario resultará/n válido/s éste/os a los efectos e 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 CAPITAL FEDERAL

OBSERVACIONES



Médico:

Apellido y Nombre:

DNI y Matrícula

En este acto se firman 2 (dos) ejemplares del presente consentimiento, 1 (uno) de los cuales es entregado al/los pacientes.

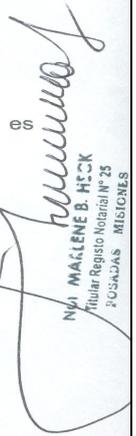



FIRMA DEL PACIENTE


FIRMA DE LA PAREJA

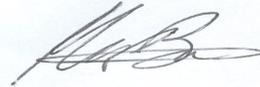

FIRMA MÉDICO

GUTIERREZ DE VALLE
MARIA FERNANDA
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
M.N. 111221 M.P. 27215


Nº 1 MACLENEB. HECK
Titular Registro Notarial Nº 25
POSADAS MISIONES

En Posadas, Misiones, a los 31 días del mes de Marzo de 2025 los arriba firmantes ratifican el contenido del presente instrumento y suscriben nuevamente a los efectos de su certificación de los firmes. CONSTE.





Pág 7 de 7





HECK
N° 25
P. 3

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 N° -187- FOLIO N° -03303797- ACTA N° -197-

En mi carácter de NOTARIO PUBLICO TITULAR del REGISTRO

NOTARIAL N° 25 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).

Débora Edith GOTZ, Argentina, titular del D.N.I. N° 33.720.582, nacida el 05 de Abril de 1988 y **Blas Esequier MARTINEZ**, Argentino, titular del D.N.I. N° 34.413.317, nacido el 24 de Abril de 1989, ambos cónyuges entre sí en primeras nupcias, domiciliados en Portugal 1257, Sistenvick, Oberá, Misiones, de tránsito en esta ciudad, quienes justifican su identidad en virtud de los Documentos de Identidad que me exhiben en este acto en los términos del Artículo 306 Inc. A del Código Civil y Comercial, y firman por sus propios derechos.

Certificación de firmas en UN (1) ejemplar en **RATIFICACION DEL CONSENTIMIENTO**

INFORMADO – TRATAMIENTO DE REPRODUCCION HUMANA ASISTIDA DE ALTA

COMPLEJIDAD CON GAMETOS DE LA PROPIA PAREJA NÚMERO 047143 DE

PROCREARTE. Se deja constancia que el documento no fue redactado por la certificante.-

En Posadas, Misiones, a los TREINTA Y UN días del mes de MARZO del año DOS MIL VEINTICINCO.

HECK
NOT MARLENE B. HECK
Titular Registro Notarial N° 25
POSADAS MISIONES



Digo: Femenino

Digo: 22/03/2025

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:	Gottz	
	NOMBRE/S:	Debora Cath	
	NACIONALIDAD:	Argentina	
	EDAD:	36	
	PRESENTA DOCUMENTO	SI	NO
	TIPO Y N° DE DOCUMENTO:	DNI 33.720.582	
	DOMICILIO:	Portugal 1257 - Posadas - Misiones	

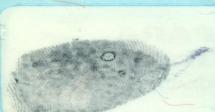
SIENDO EL PARTO: SIMPLE DOBLE MULTIPLE DEL QUE NACIERON VIVOS LA CANTIDAD DE:

DATOS DEL RECIEN NACIDO	SEXO:	Femenino	
	PESO AL NACER:	1400 gramos	
	EDAD GESTACIONAL:	31	SEMANAS
	FECHA DE NACIMIENTO:	22/03/2025	
	HORA DEL NAC.:	11	HORAS, 37 MINUTOS
	LUGAR DEL NACIMIENTO:	Sanatorio Boratti SRL	
	NOMBRE SOLICITADO PARA INSCRIBIR:	Martinez Adhara Evangelina	

EL PARTO HA SIDO ASISTIDO EN: (marcar cual corresponda)			
ESTABLECIMIENTO SANITARIO	NOMBRE:	ESTABLECIMIENTO SANITARIO	DOMICILIO
	Sanatorio Boratti SRL	<input checked="" type="checkbox"/>	
	DOMICILIO:	Av. Mitre 2330 Posadas, Mnes.	

IMPRESIONES PAPILOSCOPICAS:

ABRA POR AQUI



IMPRESION PULGAR DERECHA DE LA MADRE

IMPRESION PLANTAR DERECHA DEL NACIDO



ABRA POR AQUI

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: _____

FIRMA DE LA MADRE _____

EXPIDE EL CERTIFICADO, EN LA CIUDAD DE: _____ A LOS _____ DÍAS DEL MES DE _____ DE 20 _____ PROVINCIA DE: _____

POR QUIEN SUSCRIBE EL PRESENTE:

MEDICO PARTERO	APELLIDO/S:	Mattos
	NOMBRE/S:	Ana Gabriela
	MATRICULA PROFESIONAL:	MP 5330
AGENTE SANITARIO	APELLIDO/S:	
	NOMBRE/S:	
	MATRICULA:	

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO PARTERO O AGENTE SANITARIO	 SANATORIO BORATTI S.R.L. N° CUIT: 30.62533034-3	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:	Mattos Ana Gabriela
TIPO Y N° DE DOCUMENTO:	DNI 32.396.469
INSTITUCION:	Sanatorio Boratti SRL
	FIRMA DEL NOTIFICADOR _____

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: Gotz
	NOMBRE/S: Deborah Edith
	NACIONALIDAD: Argentina
	PRESENTA DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO TIPO Y N° DE DOCUMENTO: DNI 33.720.587 EDAD: 36
DOMICILIO: Paraguay 1257 Oberá - Misiones	

DATOS DEL RECIEN NACIDO	SIENDO EL PARTO: SIMPLE <input type="checkbox"/> DOBLE <input checked="" type="checkbox"/> MULTIPLE <input type="checkbox"/> DEL QUE NACIERON VIVOS LA CANTIDAD DE: 1
	SEXO: Masculino
	PESO AL NACER: 1480 gramos
	EDAD GESTACIONAL: 31 SEMANAS
	FECHA DE NACIMIENTO: 22/03/2025 HORA DEL NAC.: 11 HORAS, 35 MINUTOS
LUGAR DEL NACIMIENTO: Sanatorio Boratti SRL	
NOMBRE SOLICITADO PARA INSCRIBIR: Martinez Milo Ismael	

EL PARTO HA SIDO ASISTIDO EN: (marcar cual corresponda)		
ESTABLECIMIENTO SANITARIO	NOMBRE: Sanatorio Boratti SRL <input checked="" type="checkbox"/>	DOMICILIO
	DOMICILIO: Av. Mitre 2330 - Posadas, Mnes.	

IMPRESIONES PAPILOSCOPICAS:

ABRA POR AQUI



IMPRESION PULGAR DERECHA DE LA MANO DERECHA

IMPRESION PLANTAR DERECHA DEL PIEDO



ABRA POR AQUI

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: _____ FIRMA DE LA MADRE: _____

EXPIDE EL CERTIFICADO, EN LA CIUDAD DE: _____, PROVINCIA DE: _____
POR QUIEN SUSCRIBE EL PRESENTE: _____ A LOS _____ DIAS DEL MES DE _____ DE 20 _____

MEDICO O PARTERO	APELLIDO/S: Mattos Ana Gabriela
	NOMBRE/S: Ana Gabriela
	MATRICULA PROFESIONAL: MP 5350
AGENTE SANITARIO	APELLIDO/S: _____
	NOMBRE/S: _____
	MATRICULA: _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO PARTERO O 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: Mattos Ana Gabriela		
TIPO Y N° DE DOCUMENTO: DNI 32.396.469		
INSTITUCION: Sanatorio Boratti SRL		FIRMA DEL NOTIFICADOR

En la ciudad de Posadas, Capital de la Provincia de Misiones, a los

del mes de MARZO de 2025, ante mí, jefe del Dpto. Jurídico

y Legalizaciones del Registro Provincial de las Personas, se registra el Expte.

Nº 264-A-25-ESC. 25 de fecha

..... bajo el nº 24051. Fº 393

ca. Inscripción de nacimiento INVITO

MARTINEZ ADHARA EVANGELINA Y

MARTINEZ MILO ISMAEL

de cuyo contenido doy fe. Referencia archivada: Libro nº 03, Folio 82, Año 2025

..... AL 88

VIVIANA C. R. CASTILLO
Jefe Dpto. Jurídico
Registro Provincial de las Personas