

COLEGIO NOTARIAL DE LA
PROVINCIA DE MISIONES
13 de Abril de 2023



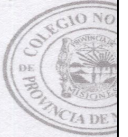
PROTOKOLO NOTARIAL

101

B 02345161
CE DO TR CU CI UN SE UN
Ciento uno

MARIA EUGENIA GUBERT
ESCRIBANA ADSCRIPTA N° 75
REGISTRO N° 75
POSADAS, MISIONES

1 **PROTOCOLIZACIÓN: ESPINDOLA Rosana I. y otra. - ESCRITURA NÚMERO**
2 **CUARENTA Y DOS.-** En la ciudad de Posadas capital de la provincia de Misiones, Repú-
3 blica Argentina, a los catorce días del mes de abril del año dos mil veintitrés, ante mí, nota-
4 ria autorizante adscripta al Registro N° 75 de esta ciudad, comparecen: doña **Rosana Itatí**
5 **ESPINDOLA**, Documento Nacional de Identidad número 31.911.228, nacida el cuatro de
6 septiembre de 1985 y doña **Yamil Beatriz ~~Yamil~~ ~~Yamil~~** Documento Nacional de Identidad nú-
7 mero 36.411.172, nacida el nueve de julio de 1991, ambas mayores de edad, argentinas
8 nativas, solteras domiciliadas en el Barrio Cristo Rey, edificio 45, escalera 95, 1° C, chacra
9 32 33 de Posadas, personas de cuyo conocimiento por haberlas individualizado de confor-
10 midad a lo dispuesto en el art. 306 inc. "a" del Código Civil y Comercial de la Nación por
11 haber tenido a la vista sus DNI, de los que agrego fotocopia por mí certificada a la presente,
12 doy fe, como de que las mismas comparecen por sus propios derechos, expresando ser ca-
13 paces y me solicitan la protocolización del Consentimiento informado que suscribieron a
14 los fines de dar cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 562 del Código Civil y Comer-
15 cial de la Nación, por lo que me exhiben el mismo y cuyo texto transcribo íntegramente:
16 "ANEXO LA NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO SANITARIO Consentimiento N°...¹
17 Localidad, ... de ... de 20... CONSENTIMIENTO INFORMADO: TRATAMIENTO DE
18 REPRODUCCION HUMANA ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD CON GAMETOS
19 DONADOS. PAREJA. Este consentimiento informado correspondiente a **ESPINDOLA**
20 **Roxana Itatí 31.911.228**² (Historia clínica N°...), se vincula con el consentimiento infor-
21 mado firmado por **SANTI Yamil Beatriz 36.411.172**³ (Historia clínica N°...) en fecha ...,
22 nro ... 1) INFORMACION MEDICA SOBRE ESTE TRATAMIENTO Y TECNICA DE
23 FIV/ICSI CON GAMETOS DONADOS.¹ El Número de consentimiento aquí completo
24 corresponde al asignado en el Establecimiento Sanitario, sin perjuicio del protocolo que
25 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 – DNI de quien suscribe el consentimiento informado. ³ Consignar nombre y apellido completo – DNI de la pareja IF-2017-01561526-APN-DD#MS hay dos firmas ilegibles página 1 de 13

- Definiciones – FIV ET: 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. – **Banco de semen:** es un banco de células y tejidos que obtiene, almacena y/o distribuye espermatozoides humanos para utilizarlos en procedimientos de reproducción humana asistida. Las personas donantes de semen son seleccionadas mediante evaluación clínica, psicológica, infectológica y genética bajo normas de calidad y bioseguridad específicas, siendo las muestras almacenadas y criopreservadas para su uso posterior. – **Banco de óvulos:** es un banco de células y tejidos que obtiene, almacena y/o distribuye ovocitos humanos para utilizarlos en procedimientos de reproducción humana asistida. Las personas donantes son menores de 35 años, siendo evaluadas mediante estudios clínicos, psicológicos, infectológicos y genéticos, basados en normas de calidad y bioseguridad específicas. **Gametos:** entiéndase por gameto/s a la/s célula/s masculinas o femeninas, denominadas en adelante espermatozoide y ovulo/ovocitos respectivamente. Responsables de la reproducción. – **Establecimiento sanitario:** centro de salud o consultorio médico destinados a realizar procedimientos y técnica/tratamientos de reproducción medicamente 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 IF-2017-01561526-APN-DD#MS página 2 de 13 Registro Federal de establecimientos de Salud

26 1 (ReFes) c
27 2 lograr un
28 3 dometrios
29 4 descender
30 5 tratamien
31 6 tos donad
32 7 de embri
33 8 tos contre
34 9 ciplinario
35 10 complejia
36 11 pios:1) E
37 12 lada, es e
38 13 embaraze
39 14 hormona
40 15 hormona
41 16 rio y es
42 17 0156152
43 18 (óvulos y
44 19 (FIV) o
45 20 laborator
46 21 cia de en
47 22 entre el s
48 23 aumenta
49 24 donados
50 25 nal oral.



PROCOLO NOTARIAL

102
B 02345162
CE DO TR CU CI UN SE DO
Ciento dos



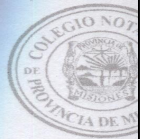
pleto – DNI de
do completo –
página 1 de 13
intrauterina de
es una técnica
lasma ovular. –
para su implan-
V- ET y transfe-
ana asistida de
tiene, almacena
os de reproduc-
s mediante eva-
dad y bioseguri-
u uso posterior
a y/o distribuye
umana asistida.
te estudios clíni-
d y bioseguridad
o femeninas, de-
Responsables de
rio médico desti-
edicamente asis-
as y/o modifica-
en el IF-2017-
nientos de Salud

26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50

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

(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. **Este tratamiento de reproducción humana asistida de alta complejidad se realiza con: Ovocitos donados Esperma donado Particularidades de este tratamiento y técnica.** La obtención de embriones en cultivo extracorpóreo para su transferencia intrauterina, requiere estrictos controles de calidad para el logro de efectividad clínica, necesidad de equipo multidisciplinario, cumplimiento de estándares de calidad y laboratorio de embriología de alta complejidad. **Etapas del tratamiento** **A) Consideraciones para tratamiento de óvulos propios:** 1) Estimulación 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 cuyas dosis se determinara 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 IF-2017-01561526-APN-DD#MS página 3 de 13 requiere de anestesia. 3) Preparación de gametos (óvulos y espermatozoides). 4) Inseminación de ovocitos: 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 o las trompas en 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. **B) Consideraciones para tratamiento de óvulos donados:** 1) La receptora realiza preparación del endometrio mediante medicación hormonal oral, inyectable, dérmico y/o vaginal. 2) Los gametos pueden tener procedencia de un

procedimiento en fresco o haberse conservado crio preservados.3) Preparación de gametos (óvulos y espermatozoides). 4) Inseminación de ovocitos: 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 embrionaria de embriones al útero o las trompas 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. **Riesgos Generales: A) Consideraciones generales a.1. Para el caso de uso de óvulos propios - 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 al tratamiento. IF-2017-01561526-APN-DD#MS página 4 de 13 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. Vinculados al embarazo: embarazo múltiple (20%), embarazo ectópico 4% (implantación fuera del útero), anomalías congénitas, genéticas**



(menor a 2
nes duran
mayor ries
varón.a.2
bilidad de
un riesgo r
blación ge
psicológica
agregado,
firmas ileg
caso en pe
dad de ob
cientes me
2% a part
tención de
independi
obtenida.
las dudas
en relació
brindada
proyecto
que se me
todos los
vertidos s
forme lo



PROTOCOLO NOTARIAL

103

B 02345163
CE DO TR CU CI UN SE TR
Ciento tres



ción de game-
on inseminados
n ocurra en el
la transferen-
o ambulatorio.
o diferirse a ci-
rales: A) Con-
os de la estimu-
respuesta exce-
corre entre el 2
al, aumento del
spitalización. -
ratamiento. IF-
n ovocitos en la
en casos excep-
- La respuesta
ientes; en algu-
ecciones, puede
uede suspender-
Pueden presen-
grupo de ovoci-
es para transfe-
eciente suspen-
múltiple (20%),
nitas, genéticas

26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50

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

(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.a.2 Riesgos para el caso de recepción de semen y/o óvulos donados: 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 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: ... IF-2017-01561526-APN-DD#MS página 5 de 13. Hay dos firmas ilegibles. **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.** 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 tratamiento al que me someto en el marco de un proyecto parental conjunto con SANTI Yamil Beatriz ⁴. 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 Pacien-





PROTOCOLO NOTARIAL

103

B 02345163

CE DO TR CU CI UN SE TR

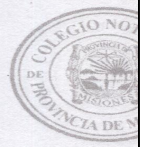
Ciento tres



ón de game- 26
inseminados 27
ocurra en el 28
a transferen- 29
ambulatorio. 30
diferirse a ci- 31
ales: A) Con- 32
de la estimu- 33
spuesta exce- 34
rre entre el 2 35
aumento del 36
pítalizaci3n. - 37
atamiento. IF- 38
ovocitos en la 39
n casos excep- 40
- La respuesta 41
entes; en algu- 42
cciones, puede 43
ede suspender- 44
Pueden presen- 45
grupo de ovoci- 46
es para transfe- 47
eciente suspen- 48
múltiple (20%), 49
nitas, genéticas 50

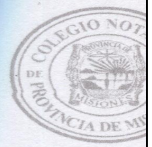
1 (menor a 2%). El riesgo de anomalías congénitas, enfermedades genéticas y complicacio-
2 nes durante el embarazo y el parto son similares a la población general. Puede existir un
3 mayor riesgo de anomalías genéticas en ICSI por probables factores predisponentes en el
4 varón.a.2 Riesgos para el caso de recepción de semen y/o óvulos donados: si bien la posi-
5 bilidad de patología genética o infecciosa disminuye con el uso de gametos donados, existe
6 un riesgo residual. El riesgo de malformaciones en el recién nacido es similar al de la po-
7 blación general. **Riesgos personales/personalizados.** Debido a las características médicas,
8 psicológicas y sociales de este caso particular, se podría asociar algún riesgo específico
9 agregado, como puede ser: ... IF-2017-01561526-APN-DD#MS página 5 de 13. Hay dos
10 firmas ilegibles. **Resultados/ Estadísticas de efectividad.** Si bien el resultado para cada
11 caso en particular depende de los factores individuales de los/las pacientes, la probabili-
12 dad de obtener un embarazo clínico es de un 25% por ciclo, pudiendo ser de 50% en pa-
13 cientes menores de 35 años, y de 15% en pacientes entre 40 y 42 años, y siendo menor al
14 2% a partir de los 43 años. De estas cifras se deduce que el tratamiento no asegura la ob-
15 tención del embarazo. En caso de las personas receptoras de óvulos la tasa de embarazo es
16 independiente de la edad, oscila entre 30% y 50% por ciclo de transferencias. **Información**
17 **obtenida.** He tenido oportunidad de consultar al equipo profesional interviniente y aclarar
18 las dudas con relación al tratamiento, sus riesgos, beneficios, y eventuales complicaciones
19 en relación al procedimiento al que accedo. . He leído y he comprendido la información
20 brindada precedentemente en relación al tratamiento al que me someto en el marco de un
21 proyecto parental conjunto con SANTI Yamil Beatriz ⁴. He comprendido las explicaciones
22 que se me han facilitado en lenguaje adecuado, claro y sencillo. . He sido informada/o que
23 todos los datos médicos relativos a este tratamiento son confidenciales, incluyendo los
24 vertidos en la historia clínica, como así los estudios complementarios y/o imágenes, con-
25 forme lo establecido en el artículo 2 inc. d) de la ley N° 26.529 sobre Derechos del Pacien-

te 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. ⁴ consignar nombre y apellido completo de la pareja. IF-2017-01561526-APN-DD#MS página 6 de 13 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 resultantes de las técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad a realizar con gametos donados, se transfieren a ES-PINDOLA ROXANA ITATI ⁵ quien llevara adelante la gestación en el marco de un proyecto parental conjunto con SANTI YAMIL BEATRIZ. ⁶ **Determinación de filiación:** Se me ha informado debidamente y he 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 y el consentimiento informado firmado por SANTI YAMIL BEATRIZ ⁷ en el marco de un proyecto parental conjunto, conforme lo dispuesto en el artículo 562 del Código Civil y Comercial de la Nación. 5 Nombre y apellido completo de quien suscribe el consentimiento informado. 6 Consignar nombre y apellido completo de la pareja. 7 Consignar nombre y apellido completo de la pareja IF-2017-01561526-APN-DD#MS página 7 de 13. Se me ha informado debidamente y he comprendido que no es admisible la impugnación de



26 1 la filiación
27 2 siente en
28 3 informado
29 4 ningún ví
30 5 matrimoni
31 6 Nación. .
32 7 la inscrip
33 8 técnica de
34 9 las Person
35 10 el cual pr
36 11 tificado a
37 12 to por el e
38 13 de ⁸ con
39 14 ción o cer
40 15 de la filia
41 16 Embrione
42 17 briones a
43 18 dad del e
44 19 barazo, a
45 20 salud de
46 21 01561526
47 22 timiento p
48 23 Se genere
49 24 transferia
50 25 servacion

un máximo de óvulos igual al número de embriones que será transferido en el útero. **Renovación del consentimiento:** Se me ha informado debidamente y he comprendido que el presente consentimiento es válido solo para la generación de estos embriones y para su 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 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 9 Consignar nombre y apellido completo de la pareja IF-2017-01561526-APN-DD#MS pagina 9 de 13 interviniente hay dos firmas ilegibles manifestando de manera expresa la voluntad de revocar el presente consentimiento informado y no continuar con el procedimiento de FIV/ICSI. **Carácter de la donación:** Se me ha informado debidamente y he comprendido que los gametos donados 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 esta técnica



ca con util
donante, n
con lo disp
informado
del/la dona
del niño na
Deber de in
hacerle sab
gametos de
dispuesto e
este marco
y eventual
y consient
les designa
dimiento d
parental co
DEL MÉ
31.911.228
ESC 99
800@hotm
cualquier r
los efectos
en la inter
los tribuna
01561526-



PROTOCOLO NOTARIAL

105

B 02345165
CE DO TR CU CI UN SE CI
Ciento cinco



MARINA GENIA GILBERTI
ESCRIBANA PUBLICA
PROVINCIA DE MISIONES

1 ca con utilización de gametos donados podrian darse a conocer los datos médicos del/la
2 donante, no así sus datos identificatorios, excepto autorización judicial de conformidad
3 con lo dispuesto por el artículo 564 del Código Civil y Comercial de la Nación. . Se me ha
4 informado debidamente y he comprendido que no es admisible el reconocimiento por parte
5 del/la donante ni el ejercicio de acción de filiación o de reclamo jurídico alguno respecto
6 del niño nacido, en virtud del artículo 577 del Código Civil y Comercial de la Nación. .
7 **Deber de informar:** Se me ha informado debidamente y he comprendido la importancia de
8 hacerle saber a mi hijo/a que ha nacido de técnica de reproducción humana asistida con
9 gametos donados, por encontrarse comprometido su derecho a la identidad, en virtud de lo
10 dispuesto en los artículos 563 y 564 del citado Código Civil y Comercial de la Nación. En
11 este marco, habiéndose brindado la información del tratamiento, los riesgos, beneficios,
12 y eventuales complicaciones y comprendiendo los términos del presente, solicito, autorizo
13 y consiento que (Nombre del Establecimiento Sanitario) y a través de sus profesiona-
14 les designados me efectúen un IF-2017-01561526-APN-DD#MS página 10 de 13 proce-
15 dimiento de reproducción humana asistida de alta complejidad en virtud del proyecto
16 parental conjunto con SANTI YAMIL BEATRIZ... ¹⁰ 3) DATOS DEL PACIENTE Y
17 DEL MÉDICO Paciente: Apellido: ESPINDOLA Nombre: ROXANA ITATI D.N.I:
18 31.911.228 Fecha de Nacimiento: 09-04-1985 Domicilio: BARRIO Cristo Rey EDIF. 49
19 ESC 99 I "C" Teléfono de contacto: 3764118825 Correo electrónico: Rachu-
20 800@hotmail.com * Es responsabilidad del/la paciente notificar al centro médico sobre
21 cualquier modificación del domicilio denunciado. Caso contrario resultara valido este a
22 los efectos de lo que aquí se consiente. Para el supuesto de suscitarse conflictos judiciales
23 en la interpretación del presente documento, acordamos someternos a la jurisdicción de
24 los tribunales de... ¹⁰ consignar nombre y apellido completo de la pareja. IF-2017-
25 01561526-APN-DD#MS pagina 11 de 13 OBSERVACIONES 11 Medico: Apellido:

GOETZER Nombre CAROLINA CECILIA D.N.I.: 25.052.116 Matricula: 113964 En este
acto se firman 3 (tres) ejemplares del presente consentimiento, 2 (dos) de los cuales son
entregados al/la paciente firmante¹² Hay una firma ilegible Firma paciente Firma médi-
co y/o responsable del Establecimiento Sanitario. .¹¹ Consignar en el caso de parejas
conformadas por dos mujeres, si la paciente aporta óvulos o si estos provienen de su pare-
ja .EJEMPLO: María Pérez es quien gesta y Ana González quien aporta el ovulo. María
Pérez es quien gesta y aporta el ovulo. María Pérez es quien gesta con ovulo y semen
donados. 12--- 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 esta técnica
de reproducción humana asistida, previa protocolización o certificación de autoridad sani-
taria competente) y la restante quedara archivada en el Establecimiento Sanitario. IF-
2017-01561526-APN-DD#MS pagina 12 de 13 hay dos firmas ilegibles se encuentra sello
de actuación notarial E N° 05878683 seguidamente está mi firma y sello MARIA EUGENIA
GUERET ESCRIBANA ADSCRIPTA REGISTRO N° 75 POSADAS - MISIONES. CREAR
MEDICINA REPRODUCTIVA S.R.L. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO SANITA-
RIO Consentimiento N°¹ Localidad, ... de..... de 20... CONSENTIMIENTO IN-
FORMADO: CRIOPRESERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE EMBRIONES. PA-
REJA Este consentimiento informado correspondiente A ESPINDOLA ROXANA ITATI
31911228² (Historia clínica N° ...) se vincula con el consentimiento informado firmado
por SANTI YAMIL BEATRIZ 36.411.172³ (Historia clínica N° ...) en fecha..... , aro....
1) INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE LA TÉCNICA DE CRIOPRESERVACIÓN DE
EMBRIONES Definiciones – Criopreservacion: metodología que permite conservar em-
briones a bajas temperaturas (menos 186 grados centígrados), en nitrógeno líquido, me-
diante protocolos de congelación lenta o rápida (vitrificación), y/o cualquier otra técnica¹

26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50



PROTOCOLO NOTARIAL

106

B 02345166
CE DO TR CU CI UN SE SE

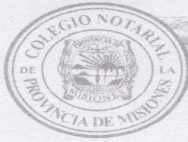
Ciento seis



1 * El número de consentimiento aquí completo corresponde al asignado en el Estableci-
2 miento Sanitario, sin perjuicio del protocolo que resulte asignado por el/la Escribano/a
3 Público/a o por la Autoridad Competente a efectos de su protocolización correspondiente. ²
4 Consignar nombre y apellido completo – DNI de quien suscribe el consentimiento informa-
5 do. ³ Consignar nombre y apellido completo – DNI de la pareja. Hay dos firmas ilegibles
6 aprobada por el Ministerio de Salud de la Nación, la cual quedará automáticamente sub-
7 sumida en esta definición. – Gameto/s: entiéndase por gameto/s a la/s célula/s masculinas
8 o femeninas, denominadas en adelante espermatozoide y óvulo/ovocito respectivamente,
9 responsables de la reproducción. – Establecimiento sanitario: centro de salud o consulto-
10 rio médico destinados a realizar procedimientos y técnicas de reproducción médicamente
11 asistida de conformidad con lo previsto en la Resolución 1305/2015, sustitutivas y/o modi-
12 ficatorias del Ministerio de Salud de la Nación, inscripto debidamente en el Registro Fede-
13 ral de Establecimientos de Salud (ReFes) conforme lo establece la legislación vigente. **Ob-**
14 **jetivo** el objetivo de la criopreservacion es mantener la viabilidad de los embriones frente a
15 las siguientes indicaciones médicas: 1) evitar el descarte de embriones no transferidos, 2)
16 disminuir la probabilidad de un embarazo múltiple, 3) brindar al paciente la mayor efica-
17 cia del tratamiento ya que los embriones criopreservados pueden ser transferidos en ciclos
18 posteriores, 4) para lograr un próximo embarazo, reduciendo la necesidad de someterse a
19 la estimulación ovárica y aspiraciones foliculares repetidas, 5) preservar la fertilidad, 6)
20 disminuir el riesgo de síndrome de hiperestimulación ovárica. Adicionalmente, permite
21 diferir la transferencia frente a hechos médicos o no médicos intercurrentes, ocurridos
22 entre la punción y la misma. **Particularidades de la técnica** es una metodología de labora-
23 torio que se puede aplicar a embriones, ovocitos y espermatozoides. Requiere del trabajo
24 de profesionales especializados (embriólogos) con alto entrenamiento y se realiza en un
25 laboratorio de alta complejidad. **Etapas del procedimiento** aquellos/as pacientes que reali-

cen criopreservación embrionaria, por normativa de los organismos de acreditación internacional, requieren de estudios infectológicos a la fecha del procedimiento: serología para VIH, Hepatitis B y C, CMB y VDRL. Metodológicamente la criopreservación embrionaria es una técnica de laboratorio en la cual se aplican diferentes protocolos de congelamiento celular lento o rápido (también llamado vitrificación). Se realiza durante el procedimiento de FIV/ICSI en etapas posteriores a la fecundación del ovocito en el laboratorio. Si no se lograra embarazo en el ciclo de estimulación, se recomienda la transferencia de los embriones en el menor plazo posible. **Beneficios** Mantener embriones a muy bajas temperaturas conservando su viabilidad o potencialidad de generar embarazos, evitar embarazos múltiples, disminuir riesgos de salud del/la paciente, postergar transferencia embrionaria a ciclos diferidos para aumentar la efectividad de tratamientos y preservar la fertilidad. **Riesgos Generales** No supervivencia embrionaria con el descongelamiento accidentes mecánicos por falla de materiales, siniestros o catástrofes naturales. En la actualidad hay muchos niños nacidos luego de la transferencia de embriones congelados y no se ha observado aumento de malformaciones si se lo compara con la población general (4-8%). Se conoce que en el proceso de congelamiento/descongelamiento existe el riesgo de que los embriones no sean viables, existiendo por lo tanto la posibilidad de cancelar la transferencia embrionaria. **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:**Estadísticas de efectividad** Existen tasas de embarazo de 15-20% por ciclo, dependiendo de la edad del/la paciente al momento de congelar, estadio y calidad embrionaria, receptividad endometrial, presencia de patología uterina y factores espermáticos. Existe además un riesgo de aborto de 15-20% por ciclo. **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

26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50



PROTOCOLO NOTARIAL

107

B 02345167
CE DO TR CU CI UN SE SI
Ciento siete



1 relación al procedimiento al que accedo. . He leído y he comprendido la información brinda-
2 da precedentemente en relación a la técnica a la que me someto en el marco de un pro-
3 yecto parental conjunto con SANTI YAMIL BEATRIZ ⁴. He comprendido las explicaciones
4 que se me han facilitado en lenguaje adecuado, claro y sencillo. . He sido informada/o que
5 todos los datos médicos relativos a este procedimiento son confidenciales, incluyendo los
6 vertidos en la historia clínica, como así los estudios complementarios y/o imágenes con-
7 forme lo establecido en el artículo 2 inc. d) de la Ley N° 26.529 sobre derechos del pacien-
8 te en su relación con los profesionales e instituciones de la salud modificada por la Ley N°
9 26.742 Dto. Reglamentario N° 1089/2012 y en los artículos 8 y 10 de la Ley N° 25.326
10 sobre Protección de datos personales, concordantes y modificatorias. ⁴ Consignar nombre
11 y apellido completo de la pareja . He sido informada/o que puedo obtener, en cualquier
12 momento, copia de mi historia clínica, de conformidad con lo previsto en la Ley N° 26.529
13 –“Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”-
14 (arts. 12 y conc.) modificada por la Ley N° 26.742; Dto. Reglamentario N° 1089/2012 y la
15 Ley N° 25.326 – “Protección de Datos Personales”, concordantes y modificatorias. . He
16 sido informada/o y consiento que los datos no identificatorios sobre los resultados del pre-
17 sente tratamiento sean reportados a diferentes registros nacionales e internacionales con
18 fines estadísticos y/o científicos, de conformidad con las leyes que así lo dispongan. 2)
19 **ASPECTOS LEGALES . Objeto de la criopreservación:** Se me ha informado debidamente
20 y he comprendido que el propósito de la criopreservación es, principalmente, permitir la
21 utilización de los embriones generados en futuras transferencias y a los fines de lograr un
22 embarazo de conformidad con el artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación, en
23 el marco de un proyecto parental conjunto con SANTI YAMIL BEATRIZ ⁵. **Almacenamien-**
24 **to:** Se me ha informado debidamente y he comprendido que el mantenimiento de los em-
25 briones criopreservados importa erogaciones económicas a mi cargo y al de la persona

con quien comparto el proyecto parental, o a ser cubiertas por el sistema de salud según el caso y las condiciones que se establezcan en un contrato de almacenamiento que se anexa y forma parte del presente consentimiento informado (ver anexo-contrato de almacenamiento). . Se me ha informado debidamente y he comprendido que para el caso de que no se continúe abonando el cargo mencionado en el punto anterior, por el término de ... meses consecutivos, el centro se compromete a notificar fehacientemente el incumplimiento. ⁵

Consignar nombre y apellido completo de la pareja Hay dos firmas ilegibles . Se me ha informado debidamente y he comprendido que pasados los ... días de haber sido debidamente notificada/o y sin haber respondido al requerimiento del centro de salud, consiento en los mismos términos que el consentimiento prestado por SANTI YAMIL BEATRIZ ⁶, que: (marcar lo que corresponda) Los embriones criopreservados sean donados a otra pareja/persona con fines reproductivos. Los embriones criopreservados sean donados con fines de investigación. Cese la criopreservación de embriones. . **Destino de los embriones criopreservados:** Como los embriones no pueden permanecer durante un tiempo prolongado criopreservados y en dicha etapa pueden presentarse diversas contingencias relevantes (desacuerdo entre los/las pacientes firmantes, separación o divorcio, revocación del consentimiento o voluntad de no continuar con el procedimiento de reproducción humana asistida y/o fallecimiento de alguno de los/las pacientes); consiento en los mismos términos que el consentimiento prestado por SANTI YAMIL BEATRIZ ⁷, que en caso de darse alguna de estas situaciones: (marcar lo que corresponda): Los embriones criopreservados sean donados a otra pareja/persona con fines reproductivos. Los embriones criopreservados sean donados con fines de investigación. Cese la criopreservación de los embriones. . Se me ha informado debidamente y he comprendido que de producirse discrepancia entre los miembros de la pareja sobre el destino de los embriones, el centro médico no podrá atender la petición unilateral de disposición efectuada por uno solo de los ⁶ Consignar nombre



PROTOCOLO NOTARIAL

108

B 02345168
CE DO TR CU CI UN SE OC
Ciento ocho



MARIA EUGENIA...
ESCRIBANA PUBLICA...
PROVINCIA DE MISIONES

1 y apellido completo de la pareja. ⁷ Consignar nombre y apellido completo de la pareja
2 miembros, como tampoco podrá aceptar ningún acuerdo de la pareja sobre los embriones
3 que suponga una transacción económica o de intereses. . **Revocación del consentimiento:**
4 *Se me ha informado debidamente y he comprendido que el consentimiento prestado puede*
5 *ser revocado en cualquier momento anterior a la transferencia mientras los embriones se*
6 *encuentren disponibles, conforme lo establece el artículo 7 de la Ley N° 26.862 de Acceso*
7 *Integral a los Procedimientos y Técnicas Médico Asistenciales de Reproducción Medica-*
8 *mente Asistida y su Dto. Reglamentario N° 956/2013 (art.7), concordantes y modificatorias*
9 *y el art. 561 del Código Civil y Comercial de la Nación. . La revocación del consentimiento*
10 *se debe notificar de manera fehaciente y por escrito al centro médico. Respecto de los em-*
11 *briones, procederá de conformidad con lo previsto en el punto anterior. Es por ello que*
12 *habiéndome puesto en conocimiento de la naturaleza, objetivo, beneficios, estadísticas*
13 *y eventuales riesgos del procedimiento, solicito, consiento y autorizo al centro médico a*
14 *proceder a la criopreservación y almacenamiento de los embriones generados en el pro-*
15 *cedimiento de reproducción humana asistida realizado/a realizar conjuntamente con*
16 *SANTI YAMIL BEATRIZ⁸, el día ... en El presente consentimiento se vincula con el*
17 *contrato de almacenamiento de embriones que se anexa y forma parte del presente. (ver*
18 *anexo – contrato de almacenamiento). **3) DATOS DEL PACIENTE Y DEL MÉDICO***
19 *Paciente Apellido: ESPINDOLA⁸ Consignar nombre y apellido completo de la pareja.*
20 *Nombre: ROXANA ITATI D.N.I. : 31.911.228 Fecha de nacimiento: 09-04-1985 Domicilio:*
21 *BARRIO Cristo Rey EDIF. 49 ESC. 99 1 "C" Teléfono de contacto 3764 118825 Correo*
22 *electrónico: Rochu-800@hotmail.com **OBSERVACIONES:** * Es responsabilidad del/la*
23 *paciente notificar al centro médico sobre cualquier modificación del domicilio denunciado*
24 *durante la criopreservación y el almacenamiento de embriones. Caso contrario resultará*
25 *válido éste a los efectos de lo que aquí se consiente. Para el supuesto de suscitarse conflic-*

tos judiciales en la interpretación del presente documento, acordamos someternos a la
jurisdicción de los tribunales de ... Médico: Apellido: Goetzer Nombre CAROLINA CECI-
LLIA D.N.I.: 25052116 Matrícula 113964. En este acto se firman 2 (dos) ejemplares del
presente consentimiento . Hay dos firmas ilegibles. Firma del paciente. Firma médico y/o
responsable del Establecimiento Sanitario °. ACTUACIÓN NOTARIAL N° 05878683 está
mi firma y sello MARÍA EUGENIA GUERET ESCRIBANA ADSCRIPTA REGISTRO N° 75
POSADAS – MISIONES. 9 Se hace constar que una de las copias del presente consenti-
miento será entregado a/la paciente, y la restante quedará en el Establecimiento Sanitario
para su archivo. Hay dos firmas ilegibles. Está mi firma y sello MARÍA EUGENIA GUE-
RET ESCRIBANA ADSCRIPTA REGISTRO N° 75 POSADAS – MISIONES. ACTUACIÓN
NOTARIAL E N° 05878683 CERTIFICACIÓN DE FIRMAS E IMPRESIONES DIGI-
TALES Esta certificación no juzga sobre el contenido y forma del documento. LIBRO N°
38 FOLIO N° F-02894515 ACTA N° 115 En mi carácter de NOTARIO PÚBLICO ADS-
CRIPTA del REGISTRO NOTARIAL N° 75 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). Rosana Itatí ESPINDOLA, D.N.I N° 31.911.228, nacida el 04/09/1985, Yamil
Beatriz SANTI, D.N.I. N 36.411.172, nacida el 09/07/1991, domiciliadas en Barrio Cristo
Rey Edif. 45, escalera 95, 1° C, Chacra 32 33 y la Dra. Cecilia Carolina GOETZE, D.N.I
N° 25.052.116, nacida el 02/02/1976, casada, domiciliada en Pasaje 54 A-5051 Chacra
116, todas mayores de edad, argentinas nativas, quienes actúan por sí; personas de cuyo
conocimiento por haberlas individualizado de conformidad a lo dispuesto en el art. 306
inc. "a" del CCCN por haber tenido a la vista sus DNI, doy fe.- Se certifican sus firmas en
tres ejemplares de "Anexo I.4 Consentimiento informado: tratamiento de reproducción
humana asistida de alta complejidad con gametos donados. Pareja" y "Criopreservacion y
almacenamiento de embriones. Pareja", impresos en seis hojas, diez frentes cada uno, los

26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50



PROTOCOLO NOTARIAL



109

B 02345169

CE DO TR CU CI UN SE NU

Ciento nueve

MARIA EUGENIA GUERET
ESCRIBANA ADSCRIPTA
REGISTRO N° 75
POSADAS - MISIONES

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

que no fueron redactados en esta notaría, en 03 hojas de Actuación Notarial.- Las requirientes fueron informados de lo dispuesto por los artículos 561 y 562 del C.C.C.N.- CONSENTE.- Posadas, Misiones, Mayo 03 del año 2022.- Está mi firma y sello. MARÍA EUGENIA GUERET ESCRIBANA ADSCRIPTA REGISTRO N° 75 POSADAS – MISIONES”. Es copia fiel del consentimiento informado que en su original tuve a la vista y en fotocopia certificada agrego a la presente, doy fe.- Con lo que termino el acto y previa lectura se ratifican de su contenido y firman ante mí, doy fe.- Reabierto el acto, las comparecientes, proceden a aclarar que Rosana Itatí ESPINDOLA y Roxana Itatí ESPINDOLA son la misma persona y por uso y costumbre escribe su nombre con “x”. Y, por su parte, Yamil Beatriz MORALES, aclara que por “Expediente N° 37299/2022 SANTI Yamil Beatriz c/SANTI Rafael Jorge s/adición, cambio, supresión del apellido” que tramitó por ante el Juzgado de Familia N° 1 de esta Primera Circunscripción Judicial, su apellido correcto es MORALES.- Leída y ratificada nuevamente, firman ante mí, doy fe.- *en su lugar: "MORALES"*

vale

Anca mi

MARIA EUGENIA GUERET
ESCRIBANA ADSCRIPTA
REGISTRO N° 75
POSADAS - MISIONES



ACTUACION NOTARIAL



C 00666755
CE CE SE SE SE SI CI CI

1 **CONCUERDA** con su escritura matriz que obra al folio **101/109** del
 2 protocolo **año 2023** del Registro Notarial N° **75**
 3 autorizada por **la escribana María Eugenia GUERET**
 4 **PARA LAS REQUIERENTES** -----
 5 ----- en mi carácter de **Adscripta**
 6 de dicho Registro, expido **PRIMERA COPIA** -----
 7 en **09** hojas N° B 02345161/169 fotocopia/s y la presente foja que firmo y
 8 sello en **el lugar y fecha de su otorgamiento.-**
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25



MARIA EUGENIA GUERET
 ESCRIBANA ADSCRIPTA
 REGISTRO N° 75
 POSADAS - MISIONES