



PROTOCOLO NOTARIAL



B 02534132
CE DO CI TR CU UN TR DO
Setenta y dos

MARIA EUGENIA GUERET
ESCRIBANA ADSCRIPTA
REGISTRO N° 75
POSADAS MISIONES

1 **ACTA de PROTOCOLIZACIÓN: CORTES VIANA Florencia S. y otro.- ES-**
2 **CRITURA NÚMERO TREINTA.-** En la ciudad de Posadas capital de la provincia
3 de Misiones, República Argentina, a los veintisiete días del mes de febrero del año
4 dos mil veintiséis, ante mí María Eugenia GUERET, escribana autorizante adscripta
5 al Registro N° 75 de esta ciudad, comparecen: doña **Florencia Silvina CORTES**
6 **VIANA**, Documento Nacional de Identidad número 34.897.239, nacida el veintidós
7 de octubre de 1990 y don **Ramiro Darío MARTINEZ**, Documento Nacional de
8 Identidad número 34.448.565, nacido el dos de marzo de 1990, ambos mayores de
9 edad, argentinos nativos, solteros, domiciliados en Chacra 240 calle 3 casa 13 vecinos
10 de la ciudad de Posadas, personas de cuyo conocimiento por haberlos individualizado
11 de conformidad a lo dispuesto en el art. 306 inc. "a" del Código Civil y Comercial de
12 la Nación por haber tenido a la vista sus DNI, de los que agrego fotocopia por mí
13 certificada a la presente, doy fe, como de que los mismos comparecen por sus propios
14 derechos, expresando ser capaces y me solicitan la protocolización de un consenti-
15 miento médico, por lo que me exhiben el mismo y cuyo texto transcribo íntegramente:
16 "**ANEXO II.3 NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO SANITARIO** Consentimiento N°...¹ Localidad, ...de ... de 20... **CONSENTIMIENTO INFORMADO:**
17 **PROCEDIMIENTO MEDICO DE DESCONGELAMIENTO Y TRANSFE-**
18 **RENCIA EMBRIONARIA CON MATERIAL PROPIO. PAREJA.** Este consen-
19 timiento informado correspondiente a Florencia S. Cortes Viana 34897239--² (His-
20 toria clínica N° ...), se vincula con el consentimiento informado firmado por Ramiro
21 Dadrio Martínez 34448565³ (Historia clínica N°...) en fecha ..., nro....**1) INFOR-**
22 **MACION MEDICA SOBRE EL PROCEDIMIENTO MEDICO DE TRANS-**
23 **FERENCIA EMBRIONARIA** -1-El Número de consentimiento aquí completo co-
24 rresponde al asignado en el Establecimiento Sanitario -2- Consignar nombre y
25

apellido completo – DNI de quien suscribe el consentimiento informado. -3- Consi- 26
gnar el nombre y apellido completo – DNI de la pareja IF-2017-01562665-APN- 27
DD=MS página 1 de 9 hay una firma ilegible. **Definiciones** - Descongelamiento em- 28
brionario: procedimiento mediante el cual un embrión crio preservado y almacenado 29
en nitrógeno líquido, es descongelado e hidratado nuevamente para recuperar sus fun- 30
ciones celulares y/o cualquier otra técnica aprobada por el Ministerio de Salud de la 31
Nación, la cual quedara automáticamente subsumida en esta definición. - Transferen- 32
cia embrionaria: Procedimiento medico mediante el cual los embriones cultivados in 33
vitro son transferidos al útero para su implantación en el endometrio (capa interna del 34
útero). - Fecundación in Vitro FIV-ET y transferencia intrauterina de embriones: es 35
un tratamiento de reproducción humana asistida de alta complejidad. - ICSI: Inyec- 36
ción intracitoplasmática de un espermatozoide (ICSI) es una técnica de microinsemi- 37
nación: introducción de un espermatozoide dentro del citoplasma ovular. - Gametos: 38
entiéndase por gameto/s a la/s célula/s masculinas o femeninas, denominadas en ade- 39
lante espermatozoide y ovulo/ovocitos respectivamente, responsables de la reproduc- 40
ción. - Establecimiento sanitario: centro de salud o consultorio médico destinados a 41
realizar procedimientos y técnica/tratamientos de reproducción medicamente asistida 42
de conformidad con lo previsto en la Resolución 1305/2015, sustitutivas y/o modifi- 43
catorias del Ministerio de Salud de la Nación, inscripto debidamente en el Registro 44
Federal de establecimientos de Salud (Refes) conforme lo establece la legislación 45
vigente. **Objetivo** Aumentar la probabilidad de lograr un embarazo en personas cuya 46
causa de infertilidad fuere daño a las trompas, endometriosis, insuficiencia en la ca- 47
lidad o cantidad de los IF-2017-01562665-APN-DD=MS página 2 de 9 hay una firma 48
ilegible gametos, riesgo genético en la descendencia, falla de otros tratamientos pre- 49
vios; y/o por infertilidad estructural. **Particularidades de este procedimiento** 50



PROTOCOLO NOTARIAL

PROVINCIA DE MISIONES



B 02534133
CE DO CI TR CU UN TR TR
Setenta y tres

MARIA EUGENIA CASERRI
ESCRIBANA ADSCRITA
REGISTRO N° 77
POSADAS, MISIONES

1 **médico.** El cultivo extracorpóreo para su transferencia intrauterina, requiere estrictos
2 controles de calidad para el logro de efectividad clínica, necesidad de equipo multi-
3 disciplinario, cumplimiento de estándares de calidad y laboratorio de embriología de
4 alta complejidad. **Etapas del procedimiento** a) Descongelamiento: es el procedi-
5 miento mediante el cual uno o más embriones criopreservados y almacenados en ni-
6 trógeno líquido son sucesivamente hidratados y llevados a temperaturas fisiológicas
7 para luego ser transferidos. Se realiza por métodos lento o ultrarrápido (desvitrifica-
8 ción). b) Preparación endometrial: con fármacos orales, trandermicos y/o vaginales,
9 junto con el monitoreo ecográfico y/u hormonas en plasma. c) Transferencia: consiste
10 en la reposición de los embriones en el útero de la persona mediante una cánula de
11 transferencia bajo control ecográfico, luego de su cultivo en el laboratorio. Se trata
12 de un procedimiento ambulatorio a realizarse entre el segundo y sexto día de desa-
13 rrollo embrionario. **Riesgos Generales:** A) Consideraciones generales. A.1 Descon-
14 gelamiento: existe riesgo de no supervivencia de los embriones al descongelamiento,
15 siendo este riesgo menor al 20%. En el supuesto caso de no supervivencia de ningún
16 embrión, la transferencia será cancelada. A.2 Transferencia: existe riesgo de infec-
17 ción, hemorragia o la imposibilidad de transferencia por variables anatómicas; siendo
18 este riesgo menor al 5%. IF-2017-01562665-APN-DD=MS página 3 de 9 hay una
19 firma ilegible. Podría ocurrir que no se logren embriones viables para transferir por
20 falta de desarrollo de los mismos con la consecuente suspensión de la transferencia
21 embrionaria. **B) Riesgos personales/personalizados.** Debido a las características
22 médicas, psicológicas y sociales de este caso particular, se podría asociar algún riesgo
23 específico agregado, como puede ser... **Información obtenida.** He tenido oportuni-
24 dad de consultar al equipo profesional interviniente y aclarar las dudas con relación
25 al procedimiento, sus riesgos, beneficios, y eventuales complicaciones.

procedimiento al que accedo. He leído y he comprendido la información brindada precedentemente en relación al procedimiento al que me someto en el marco de un proyecto parental conjunto con Ramiro Darío Martínez⁴. 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 procedimiento 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. IF-2017-01562665-APN-DD=MS página 4 de 9 hay una firma ilegible 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 procedimiento médico sean reportados a diferentes registros nacionales e internacionales con fines estadísticos y/o científicos, de conformidad con las leyes que así lo dispongan. **2) ASPECTOS LEGALES.** Se me ha informado debidamente y he comprendido que los embriones criopreservados con motivo de la realización de un TRATAMIENTO DE REPRODUCCION HUMANA ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD con TECNICA FIV/ICSI (correspondiendo brindarse el CONSENTIMIENTO INFORMADO correspondiente a dicho TRATAMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD) realizado previamente, y

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



PROCOLO NOTARIAL



B 02534134
74
CE DO CI TR CU UN TR CU
Setenta y cuatro

MARIA EUGENIA GUSTINI
ESCRIBANA ADSORITIVA
REGISTRO N° 75
POSADAS, MISIONES

1 formados con gametos donados serán descongelados a los fines de llevar adelante el
2 procedimiento médico de transferencia embrionaria. Se me ha informado debida-
3 mente y he comprendido que los embriones se transfieren a Florencia S. Cortes Viana
4 ⁵ quien llevara adelante la gestación en el marco de un proyecto parental conjunto
5 con Ramiro Darío Martínez ⁶ y que la determinación de la filiación se encuentra in-
6 formada y comprendida debidamente por quien suscribe, con motivo del CONSEN-
7 TIMEINTO INFORMADO IF-2017-01562665-APN-DD=MS página 5 de 9 hay una
8 firma ilegible otorgado/a otorgarse para el TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN
9 HUMANA ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD correspondiente. **Embriones:**
10 Se me ha informado debidamente y he comprendido que la cantidad de embriones a
11 ser transferidos (1,2 o 3 en casos excepcionales) es una decisión y responsabilidad
12 del equipo profesional/centro interviniente según sea adecuado para el logro del em-
13 barazo, a fin de evitar los riesgos ocasionados por los embarazos múltiples y resguar-
14 dar la salud de quien gesta. **Renovación del consentimiento:** Se me ha informado
15 debidamente y he comprendido que el presente consentimiento es válido solo para
16 este procedimiento de transferencia que resulta una parte componente de un TRA-
17 TAMIENTO DE REPRODUCCION HUMANA ASISTIDA DE ALTA COMPLE-
18 JIDAD y para el cual quien suscribe otorga el CONSENTIMIENTO INFORMADO
19 correspondiente, debiendo renovarse en caso de futuros procedimientos, conforme lo
20 dispuesto en el artículo 560 del Código Civil y Comercial de la Nación, siendo este
21 nuevo consentimiento el correspondiente para la inscripción del nacimiento ante el
22 Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, previa protocolización o cer-
23 tificación de conformidad con lo dispuesto en el art. 561 del Código Civil y Comer-
24 cial. **Revocación del Consentimiento.** Se me ha informado debidamente y he com-
25 prendido que puedo revocar el presente consentimiento hasta antes de efectuada la

transferecia embrionaria en virtud de lo establecido en el artículo 7 de la Ley N° 26.862 de Acceso Integral a los Procedimientos y Técnicas Medico Asistenciales de Reproducción Medicamente Asistida y su Dto. Reglamentario N° 956/2013 (art.7), concordantes y modificatorias y lo dispuesto en el artículo 561 del Código Civil y Comercial de la Nación. Se me ha informado debidamente y he comprendido que para la revocación del consentimiento se debe notificar de manera fehaciente y por escrito al centro médico interviniente manifestando de manera expresa la voluntad de revocar el presente IF-2017-01562665-APN-DD=MS página 6 de 9 hay una firma ilegible consentimiento informado y no continuar con el procedimiento de transferencia embrionaria. **En este marco, habiéndose brindado la información del procedimiento médico, los riesgos, beneficios, y eventuales complicaciones y comprendiendo los términos del presente, solicito, autorizo y consiento que Sanatorio Boratti (Nombre del Establecimiento Sanitario) y a través de sus profesionales designados procedan a descongelar los embriones- formados con gametos de la propia pareja- y me efectúen la transferencia embrionaria en virtud del proyecto parental conjunto con Ramiro Dario Martinez⁷.** **3) DATOS DEL PACIENTE Y DEL MEDICO.** Paciente: Apellido: Cortes Viana Flo Nombre: Florencia Silvina D.N.I: 34.897.239. Fecha de nacimiento: 22/10/1990. Domicilio: Ch. 240 calle 3 casa 15. Teléfono de contacto: 3764-758140. Correo electrónico: florcortes@live.com.ar. -7- Consignar el nombre y apellido de la pareja IF-2017-01562665-APN-DD=MS página 7 de 9 hay una firma ilegible. **OBSERVACIONES.** ⁸ Es responsabilidad del/la paciente notificar al centro médico sobre cualquier modificación del domicilio denunciado. Caso contrario resultara valido este a los efectos de lo que aquí se consiente. Para el supuesto de suscitarse conflictos judiciales en la interpretación del presente documento, acordamos someternos a la jurisdicción de los

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



B 02534135
CE DO CI TR CU UN TR CI
Setenta y cinco

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

tribunales de... **Medico:** Apellido: Andorno. Nombre: Maria D.N.I.: 30377230 Ma-
trricula: 4805. En este acto se firman 3 (tres) ejemplares del presente consentimiento,
2 (dos) de los cuales son entregados al/la paciente firmante ⁹ Consignar en el caso de
parejas conformadas por dos mujeres, si la paciente porta óvulos o si éstos provienen
de su pareja. EJEMPLO María Pérez es quien gesta y Ana González quien aporta el
óvulo. María Pérez es quien gesta y aporta el óvulo. María Pérez es quien gesta con
óvulo y semen donados. ⁹ Se hace constar que dos de las copias del presente consen-
timiento serán entregadas al paciente. IF-2017-01562665-APN-DD=MS página. Es
copia fiel del consentimiento informado que en fotocopia certificada agrego a la pre-
sente. Dejo constancia que las firmas fueron certificadas en fecha 2 de junio de 2025
al acta 75 del Libro N° 46 del Registro N° 75 de mi adscripción, hoja de Actuación
Notarial E 06572407, doy fe.- Con lo que termino el acto y previa lectura se ratifican
de su contenido y firman ante mí, doy fe.-

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
MARIA EUGENIA GUERET
ESCRIBANA ADSCRIPTA
REGISTRO N° 75
POSADAS - MISIONES

CERTIFICADO MEDICO DE NACIMIENTO
 Vicejefatura de Gabinete del Interior
 Jefatura de Gabinete de Ministros

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

DATOS DE LA MADRE	APELLIDO/S: <u>Cortes Viana</u>
	NOMBRE/S: <u>Florencia Silvina</u>
	NACIONALIDAD: <u>Argentina</u>
	EDAD: <u>35 años</u>
	PRESENTA DOCUMENTO SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TIPO Y Nº DE DOCUMENTO: <u>34897239</u>
	DOMICILIO: <u>Ch. 189 H3 E. 1. Casa Nº 17. Posadas</u>

SIENDO EL PARTO: SIMPLE DOBLE MULTIPLE DEL QUE NACIERON VIVOS LA CANTIDAD DE: 1

DATOS DEL RECÉN NACIDO	SEXO: <u>masculino</u>	FECHA DE NACIMIENTO: <u>23.02.26</u>
	PESO AL NACER: <u>4,460</u>	HORA DEL NAC.: <u>17</u> HORAS, <u>57</u> MINUTOS
	EDAD GESTACIONAL: <u>38</u> SEMANAS	
	LUGAR DEL NACIMIENTO: <u>Sanatorio Boratti SRE</u>	
NOMBRE SOLICITADO PARA INSCRIBIR: <u>Martinez Cortes, Lautaro</u>		

EL PARTO HA SIDO ASISTIDO EN: (marcar cuál correspondía)		
ESTABLECIMIENTO SANITARIO	NOMBRE: <u>Sanatorio Boratti SRE</u>	ESTABLECIMIENTO SANITARIO <input checked="" type="checkbox"/> DOMICILIO <input type="checkbox"/>
	DOMICILIO: <u>Mitre 1330</u>	

IMPRESIONES PAPILOSCOPICAS:

ABRA POR AQUÍ



IMPRESION DACTILAR DE LA MADRE

IMPRESION PLANTAR DERECHA DEL NACIDO



ABRA POR AQUÍ

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

OBSERVACIONES DE LA TOMA DE IMPRESIONES: _____

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

POR QUIEN SUSCRIBE EL PRESENTE:

MEDICO PARTERO	APELLIDO/S: <u>Andorno</u>
	NOMBRE/S: <u>Maria Angeles</u>
	MATRICULA PROFESIONAL: <u>4805</u>

FIRMA DE LA MADRE _____



REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	70	2026

NACIMIENTO

En **Capital - SECC. 6° CHACRA 32-33**
 República Argentina, a **Dos** de **Marzo**
 de **2026** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo el **NACIMIENTO**
 de **Lautaro** D.N.I. N° **71.061.137**
 Sexo **MASCULINO** nacido el **23** de **Febrero** de **2026**
 a las **17:57** horas, en **Av. Mitre N° 2330 - Posadas**
 Hijo de **Ramiro Dario MARTINEZ**
 Doc. Ident. **DNI: 34.448.565** Nacionalidad: **ARGENTINA**
 y de **Florencia Silvina CORTES VIANA**
 Doc. Ident. **DNI: 34.897.239** Nacionalidad: **ARGENTINA**
 Apellido **MARTINEZ CORTES**
 Según certificado de **MEDICO MARIA DE LOS ANGELES N. ANDORNO**
 Declarante **Ramiro Dario MARTINEZ** Doc. Ident. **DNI: 34.448.565**
 Domicilio **Calle 3 - Casa N° 13 - Chacra 240 - Posadas**
 Obra en virtud de **ser el PADRE**

Leída el acta firman conmigo el declarante y la madre. Hábiles Art. 64 - Ley 26994

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

71.061.137

 02899733

[Handwritten signature]