

B 00970703
CE CE NU SI CE SI CE TRLEONOR A VON FUCHS
Escribana Titular
1670-14 OBERA MISIONES

1 **PRIMERA COPIA. PROTOCOLIZACION DE CONSENTIMIENTO**
2 **INFORMADO TRHA Y CERTIFICADO DE NACIMIENTO. ESCRITURA**
3 **NUMERO TREINTA Y TRES/** En la ciudad de Obera, Provincia de Misiones,
4 República Argentina, a los tres días del mes de Marzo de dos mil veintiséis, ante mí
5 Leonor Alicia von Fuchs, Titular del Registro Notarial número catorce,
6 **COMPARECEN: Alejandro Francisco FORNI**, argentino, Documento Nacional
7 de Identidad 31.377.623, CUIL 23-31377623-9, nacido el día 25 de Noviembre de
8 1.984 en Misiones, y **Natalia Soledad GROSS**, argentina, Documento Nacional de
9 Identidad 31.787.169, CUIL 23-31787169-4, nacida el 19 de Agosto de 1.985 en
10 Santa Fe, ambos casados en primeras nupcias entre sí, domiciliados en en Avenida
11 Italia 585, Oberá Misiones. Justifican sus identidades con los expresados
12 documentos que en original exhibe y cuyas copias autenticadas de sus partes
13 pertinentes incorporo a la presente matriz, conforme al art. 306 inc. "a" del Código
14 Civil y Comercial de la Nacion. Los comparecientes manifiestan con carácter de
15 Declaración Jurada que no se encuentran restringidas, ni limitadas sus capacidades
16 jurídicas para el presente otorgamiento. Y los comparecientes **DICEN:** que vienen
17 por la presente a solicitar la protocolización de los instrumentos privados que se
18 detallan a continuación, a los fines de acreditar su VOLUNTAD
19 PROCREACIONAL y dar cumplimiento a lo establecido en los Artículos 560, 561,
20 562 y Concordantes del Código Civil y Comercial de la Nacion. **PRIMERO:**
21 **INSTRUMENTOS A PROTOCOLIZAR.** Los requirentes me entregan en este acto
22 para su protocolización los siguientes documentos en original: cuyas copias
23 certificadas incorporo a la presente matriz, doy fe, a) **CERTIFICADO MEDICO**
24 **DE NACIMIENTO:** Expedido por el SANATORIO BORATTI S.R.L. (CUIT 30-
25 62538084-3), con firma y sello del Dr. Julio Ernesto IRRAZABAL,

Tocoginecología, Matricula Profesional 3706, de fecha 26 de enero de 2026, correspondiente a la niña FORNI GROSS Olivia, nacida en dicha fecha a las 10:12 horas, con un peso de 3.960 gramos, hija de la Sra. Natalia Soledad Gross y del Sr. Alejandro Francisco FORNI. b) CONSENTIMIENTO INFORMADO: Formulario de la institución PROCREARTE (Red de Medicina Reproductiva y Molecular), identificado como "Consentimiento N° 057706", suscripto en la Ciudad de Buenos Aires con fecha 22 de mayo de 2025. El mismo consta de (8) fojas útiles, debidamente firmadas por ambos comparecientes y por el medico interviniente, Dr. Juan Ignacio MANNARA (M.N. 128307/ M.P 335094). En dicho documento consta de manera expresa, libre e informada la voluntad de ambos de someterse al procedimiento de "Descongelamiento y Transferencia Embrionaria – Gametos Propios de la Pareja".- **SEGUNDO:** MANIFESTACIÓN DE VOLUNTAD. Los señores NATALIA SOLEDAD GROSS y ALEJANDRO FRANCISCO FORNI ratifican en este acto en todos sus términos el contenido de los documentos precedentemente detallados, manifestando bajo juramento que las firmas allí insertas son de su puño y letra y que el consentimiento prestado para la técnica de reproducción humana asistida se encuentra vigente y no ha sido revocado, constituyendo la fuente de la filiación de su hija Olivia.- **TERCERO:** PROTOCOLIZACIÓN. Yo, el Escribano, en cumplimiento de lo solicitado, procedo a protocolizar los instrumentos referidos en la cláusula PRIMERA, agregándolos en copias por mí autenticadas al presente Protocolo, los que quedan formando un solo cuerpo con la presente escritura.- **CUARTO:** OBJETO. Los comparecientes manifiestan que la presente protocolización se realiza al solo efecto de ser presentada ante el Registro Provincial de las Personas de la Provincia de Misiones, a fin de obtener la inscripción de nacimiento de la menor conforme a la

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

A. VOT EUC
BANA TITULAR
A - OBERA MNE



ACTUACION NOTARIAL



B 00970704
CE CE NU SI CE SI CE CU

1 voluntad procreacional expresada, solicitando se expida testimonio de la presente
2 con sus agregados. - Leo a los comparecientes quienes la otorgan y firman ante mí
3 que doy fe. FIRMADO: NATALIA SOLEDAD GROSS y ALEJANDRO
4 FRANCISCO FORNI. Ante mi, Leonor Alicia von Fuchs esta mí Sello Notarial.
5 CONCUERDA: con su Escritura matriz que obra a los folios 59/59 del Protocolo
6 corriente autorizada por ante Leonor Alicia von Fuchs Titular del Registro Notarial
7 14 para el **Interesado**, expido ésta PRIMERA COPIA en el presente sello de
8 actuación notarial B-00970703/04 que firmo y sello en Oberá Misiones a los tres
9 días del mes de Marzo del año dos mil veintiséis.-

LEONOR A. VON FUCHS
ESCRIBANA TITULAR
RGTO. 14 - OBERA MNES.

LEONOR A. VON FUCHS
ESCRIBANA TITULAR
RGTO. 14 - OBERA MNES.

50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Consentimiento N°: 057700

Buenos Aires, 22 de MAYO de 20 25

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DESCONGELAMIENTO Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA

GAMETOS PROPIOS - PAREJA



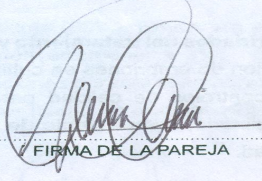
Este consentimiento informado corresponde a NATALIA SOLEDAD GROSS
(Historia clínica N° 75346) y a ALEJANDRO FRANCISCO FORNÍ
(Historia clínica N° 75746)

1) INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE EL PROCEDIMIENTO MÉDICO DE TRANSFERENCIA EMBRIONARIA

Definiciones

- **Descongelamiento embrionario:** procedimiento mediante el cual un embrión criopreservado y almacenado en nitrógeno líquido, es descongelado e hidratado nuevamente para recuperar sus funciones celulares y/o cualquier otra técnica aprobada por el Ministerio de Salud de la Nación, la cual quedará automáticamente subsumida en esta definición.
- **Transferencia embrionaria:** es la colocación en el útero de los embriones para su implantación en el endometrio (capa interna del útero).


FIRMA DEL PACIENTE


FIRMA DE LA PAREJA

Pág 1 de 8

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



- **Fecundación in Vitro FIV-ET y transferencia intrauterina de embriones:** es un tratamiento de reproducción humana asistida de alta complejidad.

- **ICSI:** inyección intracitoplasmática de un espermatozoide (ICSI) es una técnica de microinseminación: introducción de un espermatozoide dentro del citoplasma ovular.-

- **Gametos:** entiéndase por gameto/s a la/s célula/s masculinas o femeninas, denominadas en adelante espermatozoide y óvulo/ovocitos respectivamente, responsables de la reproducción.

- **Establecimiento sanitario:** centro de salud o consultorio médico destinados a realizar procedimientos y técnicas/tratamientos de reproducción médicamente asistida de conformidad 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.

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


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

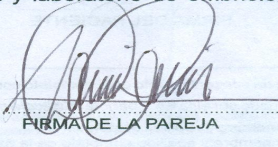
Objetivo

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 por 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.


.....
FIRMA DEL PACIENTE


.....
FIRMA DE LA PAREJA

Pág 2 de 8



Etapas del procedimiento

a) Descongelamiento: es el procedimiento mediante el cual uno o más embriones criopreservados y almacenados en nitrógeno líquido son sucesivamente hidratados y llevados a temperaturas fisiológicas para luego ser transferidos. Se realiza por métodos lento o ultrarápido (desvitrificación).

b) Preparación endometrial: con fármacos orales, transdérmicos y/o vaginales, junto con el monitoreo ecográfico y/u hormonas en plasma.

c) Transferencia: 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.

Riesgos Generales

A) Consideraciones generales:

A.1. Descongelamiento: existe riesgo de no supervivencia de los embriones al descongelamiento, siendo este riesgo menor al 20%. En el supuesto caso de no supervivencia de ningún embrión, la transferencia será cancelada.

A.2. Transferencia: existe riesgo de infección, hemorragia o la imposibilidad de transferencia por variables anatómicas; siendo este riesgo menor al 5%. Podría ocurrir que no se logren embriones viables para transferir con la consecuente suspensión de la transferencia embrionaria.

A.3. 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



FIRMA DEL PACIENTE



FIRMA DE LA PAREJA

Pág 3 de 8



- **Fecundación in Vitro FIV-ET y transferencia intrauterina de embriones:** es un tratamiento de reproducción humana asistida de alta complejidad.

- **ICSI:** inyección intracitoplasmática de un espermatozoide (ICSI) es una técnica de microinseminación: introducción de un espermatozoide dentro del citoplasma ovular.-

- **Gametos:** entiéndase por gameto/s a la/s célula/s masculinas o femeninas, denominadas en adelante espermatozoide y óvulo/ovocitos respectivamente, responsables de la reproducción.

- **Establecimiento sanitario:** centro de salud o consultorio médico destinados a realizar procedimientos y técnicas/tratamientos de reproducción médicamente asistida de conformidad 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.

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

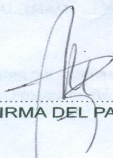
- **Pareja:** Será denominada en este documento al cónyuge / conviviente / o persona que comparta el proyecto parental junto con la Paciente.

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 por 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.


FIRMA DEL PACIENTE


FIRMA DE LA PAREJA

Pág 2 de 8




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//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.

Renovación del consentimiento: Se nos ha informado debidamente y hemos comprendido que el presente consentimiento es válido para la presente 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.


.....
FIRMA DEL PACIENTE


.....
FIRMA DE LA PAREJA

Pág 6 de 8



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 transferencia.

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 procedan a descongelar los embriones formados con gametos de la propia pareja y efectúen la transferencia embrionaria en virtud de nuestro PROYECTO PARENTAL CONJUNTO.

3) DATOS DEL PACIENTE Y DEL MÉDICO

Paciente:

⇒ Apellido: GROSSI Nombre: NATALIA SOLEDAD
D.N.I.: 31787169 Fecha de nacimiento: 19/08/85
Domicilio: AV ITALIA 585 Teléfono de contacto: 3755-440949
Correo electrónico: NAT604@hotmail.com

Pareja:

⇒ Apellido: FORNI Nombre: ALEJANDRO FRANCISCO
D.N.I.: 31327623 Fecha de nacimiento: 25/11/84
Domicilio: AV ITALIA 585 Teléfono de contacto: 3755-582633
Correo electrónico: argforni@hotmail.com

Es responsabilidad de/la/los pacientes/s y/o pareja notificar al centro médico sobre cualquier modificación del/los domicilio/s denunciado/s. Caso contrario resultará nulo/válido/s éste/os a los efectos de lo que aquí se consiente. Para el supuesto de suscitarse conflictos judiciales en la

.....
FIRMA DEL PACIENTE

.....
FIRMA DE LA PAREJA

Pág 7 de 8



