



PROCOLO NOTARIAL



B 02534140
CE DO CT TR CU UN CU CE
Ochenta

MARIA EUGENIA GUERET
ESCRIBANA AUSENTE
POSADAS - MISIONES

1 **ACTA de PROTOCOLIZACIÓN: SCHOWOERER Marlene I. y otro.- ESCRI-**
2 **TURA NÚMERO TREINTA Y TRES.-** En la ciudad de Posadas capital de la pro-
3 **vincia de Misiones, República Argentina, a los tres días del mes de marzo del año**
4 **dos mil veintiséis, ante mí María Eugenia GUERET, escribana autorizante adscripta**
5 **al Registro N° 75 de esta ciudad, comparecen: doña Marlene Itati SCHOWOE-**
6 **RER, Documento Nacional de Identidad número 36.458.750, nacida el catorce de**
7 **enero de 1992 y don Raúl Adolfo MARASCA, Documento Nacional de Identidad**
8 **número 31.006.296, nacido el quince de septiembre de 1984, domiciliados en Santa**
9 **Ana manzana C Lote 3 Barrio Gottschalk Garupá, ambos mayores de edad, solteros,**
10 **argentinos nativos, vecinos de la ciudad de Garupá Departamento Capital Provincia**
11 **de Misiones, personas de cuyo conocimiento por haberlos individualizado de confor-**
12 **midad a lo dispuesto en el art. 306 inc. "a" del Código Civil y Comercial de la Nación**
13 **por haber tenido a la vista sus DNI, de los que agrego fotocopia por mí certificada a**
14 **la presente, doy fe, como de que los mismos comparecen por sus propios derechos,**
15 **expresando ser capaces y me solicitan la protocolización, por lo que me exhiben el**
16 **mismo y cuyo texto transcribo íntegramente: "ANEXO II.3 NOMBRE DEL ES-**
17 **TABLECIMIENTO SANITARIO Consentimiento N°...¹ Localidad, ...de**
18 **de 20... CONSENTIMIENTO INFORMADO: PROCEDIMIENTO MEDICO**
19 **DE DESCONGELAMIENTO Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA CON**
20 **MATERIAL PROPIO. PAREJA. Este consentimiento informado correspondiente**
21 **a Schowoerer Marlene ...-² (Historia clínica N°36458750), se vincula con el consen-**
22 **timiento informado firmado por Marasca Raul 31006296³ (Historia clínica N°...) en**
23 **fecha ..., nro.... 1) INFORMACION MEDICA SOBRE EL PROCEDIMIENTO**
24 **MEDICO DE TRANSFERENCIA EMBRIONARIA Definiciones - Descongela-**
25 **miento embrionario: procedimiento mediante el cual un embrión crio preservado y**



almacenado en nitrógeno líquido, es descongelado e hidratado nuevamente para re-
cuperar sus funciones celulares y/o cualquier otra técnica aprobada por el Ministerio
de Salud de la Nación, la cual quedara automáticamente subsumida en esta definición.
- Transferencia embrionaria: Procedimiento medico mediante el cual los embriones
cultivados in vitro son transferidos al útero 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 compleji-
dad. - ICSI: Inyección intracitoplasmática de un espermatozoide (ICSI) es una técnica
de microinsimianacion: introducción de un espermatozoide dentro del citoplasma ovu-
lar. - Gametos: entiéndase por gameto/s a la/s celula/s masculinas o femeninas, deno-
minadas en adelante espermatozoide y ovulo/ovocitos respectivamente. Responsa-
bles 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 debi-
damente en el Registro Federal de establecimientos de Salud (Refes) conforme lo
establece la legislación vigente. **Objetivo** Aumentar la probabilidad de lograr un em-
barazo 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 descen-
dencia, falla de otros tratamientos previos; y/o por infertilidad estructural. **Particu-
laridades de este procedimiento médico**. El cultivo extracorpóreo para su transfe-
rencia intrauterina requiere estrictos controles de calidad para el logro de efectividad
clínica, necesidad de equipo multidisciplinario, cumplimiento de estándares de cali-
dad y laboratorio de embriología de alta complejidad. **Etapas del procedimiento a)**
Descongelamiento: es el procedimiento mediante el cual uno o más embriones

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

criopre
llevade
dos les
orales
en pla
la per
culti
el se
cior
em
de
fer
pc
lo
cc
se
p
f
v
e
c
z
t
24
25

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: <u>Schworer</u>	NOMBRE/S: <u>Marlene Itati</u>	NACIONALIDAD: <u>Argentina</u>	EDAD: <u>34 años</u>
	PRESENTA DOCUMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		TIPO Y N° DE DOCUMENTO: <u>36458750</u>	
	DOMICILIO: <u>B° Gottschalk, Santa Ana Mz.C. Garupa</u>			
	SIENDO EL PARTO: <input type="checkbox"/> SIMPLE <input type="checkbox"/> DOBLE <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE, DEL QUE NACIERON VIVOS LA CANTIDAD DE: <input type="text"/>			

DATOS DEL RECIÉN NACIDO	SEXO: <u>masculino</u>	FECHA DE NACIMIENTO: <u>09.02.96</u>
	PESO AL NACER: <u>3,530</u>	HORA DEL NAC.: <u>08</u> HORAS, <u>56</u> MINUTOS
	EDAD GESTACIONAL: <u>31</u> SEMANAS <u>8</u> DIAS	LUGAR DEL NACIMIENTO: <u>Sanatorio Boratti SRL</u>
	NOMBRE SOLICITADO PARA INSCRIBIR: <u>Marasca Schworer, Liam Adolfo.</u>	

EL PARTO HA SIDO ASISTIDO EN: (marcar cual corresponda)		
ESTABLECIMIENTO SANITARIO	ESTABLECIMIENTO SANITARIO: <input checked="" type="checkbox"/>	DOMICILIO: <input type="checkbox"/>
NOMBRE: <u>Sanatorio Boratti SRL</u>		
DOMICILIO: <u>mitre 2330</u>		

IMPRESIONES PAPILOSCÓPICAS:

ABRA POR AQUÍ



IMPRESION PULGAR DERECHA 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: Posadas A LOS 09 DÍAS DEL MES DE 02 DE 96 PROVINCIA DE: Misiones

POR QUIEN SUSCRIBE EL PRESENTE:

MEDICO PARTERO	APELLIDO/S: <u>Vera</u>	NOMBRE/S: <u>Silvia</u>	MATRICULA PROFESIONAL: <u>7492</u>
AGENTE SANITARIO	APELLIDO/S: <u>Vera</u>	NOMBRE/S: <u>Silvia</u>	MATRICULA: <u>7492</u>

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO/PARTERO O AGENTE SANITARIO 	SELLO DEL ESTABLECIMIENTO SANATORIO BORATTI S.R.L. N° CUIT: 30-62538084-3	CERTIFICACIÓN DE LA FIRMA DEL AGENTE SANITARIO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE DE SALUD
--	--	---

NOTIFICACIÓN DEL HECHO DEL NACIMIENTO POR EL HOSPITAL O SANATORIO		
APELLIDO Y NOMBRE: <u>Vera, Silvia</u>	FIRMA DEL NOTIFICADOR 	
TIPO Y N° DE DOCUMENTO: <u>95669564</u>	DRA. SILVIA VERA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA MP N. 1442	
INSTITUCIÓN: <u>Sanatorio Boratti SRL</u>		



REPUBLICA ARGENTINA

Tommo	Acta	Año
1	73	2026

NACIMIENTO

En **Capital - SECC. 6° CHACRA 32-33**
 República Argentina, a **Cuatro** de **Marzo**
 de **2026** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo el **NACIMIENTO**
 de **Liam Adolfo** D.N.I. N° **71.061.139**
 Sexo **MASCULINO** nacido el **09** de **Febrero** de **2026**
 a las **08:56** horas, en **Av. Mitre N° 2330 - Posadas**

NACIDO

Hijo de **Raul Adolfo MARASCA**
 Doc. Ident. **DNI: 31.006.296** Nacionalidad: **ARGENTINA**
 y de **Marlene Itati SCHWOERER**
 Doc. Ident. **DNI: 36.458.750** Nacionalidad: **ARGENTINA**

PADRES

Apellido **MARASCA SCHWOERER**

Según certificado de **MEDICO SILVIA ALEJANDRA VERA**
 Declarante **Raul Adolfo MARASCA** Doc. Ident. **DNI: 31.006.296**
 Domicilio **Calle Santa Ana Mz. "c" Lote 3 - B° Gottschalk - Garupá**
 Obra en virtud de **ser el PADRE**

DECLARANTE

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

Handwritten signatures

71.061.139

02873743

SÁENZ LAGRA VIOLETA
 Delegada Titular
 Registro Provincial de las Personas