

1. NOMBRE DE FALLECIDO (A) (Incluyendo Apodos) (Primer, Segundo, Apellido) JAVIER FLORES GOMEZ			(Apellido de Soterra)			2. FECHA DE DEFUNCION - (Actual o Presunto) AGOSTO 24, 2020				
3. SEXO MASCULINO	4. FECHA DE NACIMIENTO OCTUBRE 31, 1981	5. EDAD (Años) 38	MENOS DE UN AÑO MESES	MENOS DE UN DIA DIAS	6. LUGAR DE NACIMIENTO (Ciudad y Estado o País Extranjero) MEXICO					
			HORAS	MINUTOS						
7. NUMERO DE SEGURO SOCIAL 731-16-2699	8. ESTADO CIVIL AL FALLECER <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> No se sabe	9. CONYUGE SOBREVIVIENTE (Si es esposa, el nombre antes del primer matrimonio) MAGNA KARINA CORTES PAZ								
10a. RESIDENCIA, DOMICILIO 9540 KEMPWOOD DR.			10b. # DE APARTAMENTO 277			10c. CIUDAD o PUEBLO HOUSTON				
10d. CONDADO HARRIS	10e. ESTADO TEXAS	10f. CODIGO POSTAL 77080			10g. DENTRO DE LOS LIMITES DE LA CIUDAD? <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
11. NOMBRE DEL PADRE JAVIER FLORES			12. NOMBRE DE LA MADRE ANTES DEL PRIMER MATRIMONIO OFELIA GOMEZ							
13. LUGAR DE DEFUNCION (MARQUE SOLO UNA) <input checked="" type="checkbox"/> Paciente Internado <input type="checkbox"/> Paciente de Emergencia <input type="checkbox"/> Fallecio al Llegar			14. LUGAR DE DEFUNCION (MARQUE SOLO UNA) <input type="checkbox"/> Hospicio <input type="checkbox"/> Asilo de Ancianos <input type="checkbox"/> Hogar de Fallecido(a) <input type="checkbox"/> Otro (especifique)							
14. CONDADO DE FALLECIMIENTO HARRIS	15. CIUDAD / PUEBLO (Si fue afuera de los limites de la ciudad, anote el # de recinto) CODIGO POSTAL HOUSTON, 77030	16. NOMBRE DE INSTALACION (Si no en institucion, anote la calle y direccion) MEMORIAL HERMANN HOSPITAL								
17. NOMBRE DEL INFORMANTE Y PARENTESCO CON EL FALLECIDO MAGDA KARINA CORTES PAZ-ESPOSA			18. DOMICILIO DEL INFORMANTE (Calle y Numero, Ciudad, Estado, Código Postal) 9540 KEMPWOOD DR. # 277, HOUSTON, TX 77080							
19. METODO DE DISPOSICION <input type="checkbox"/> Entierro <input type="checkbox"/> Incineracion <input type="checkbox"/> Donacion <input type="checkbox"/> En Mausoleo <input checked="" type="checkbox"/> Removido del Estado <input type="checkbox"/> Otro (Especifique)			20. FIRMA Y NO. DE LICENCIA DE DIRECTOR(A) DE SERVICIOS FUNEBRES PERSONA ACTUANDO COMO TAL RODNEY RENE RODRIGUEZ, POR FIRMA ELECTRONICA-116746			21. <input type="checkbox"/> No se Sabe Seccion _____ Bloque _____ Lote _____ Espacio _____				
22. LUGAR DE DISPOSICION (Nombre de Panteon, Crematorio, o Otro Lugar) PANTEON BUENOS AIRES			23. UBICACION (Ciudad / Pueblo, y Estado) EL APARTADERO QUERETARO, MX							
24. NOMBRE DE LA FUNERARIA GUARDIAN ANGEL FUNERAL HOME			25. DIRECCION COMPLETA DE LA FUNERARIA (Calle y Numero, Ciudad, Estado, Código Postal) 2412 LITTLE YORK RD. HOUSTON, TX 77093							
26. CERTIFICANTE (Marque solo una) <input type="checkbox"/> Medico Certificante - De acuerdo a mi mejor conocimiento, el fallecimiento ocurrio debido a la(s) causa(s) y manera(s) expresada(s). <input checked="" type="checkbox"/> Medico Forense / Juez de Paz - En el fundamento de examinacion, y / o investigacion, en mi opinion, el fallecimiento ocurrio a la hora y lugar, y debido a la(s) causa(s) y manera(s) expresada(s).			27. FIRMA DE CERTIFICANTE MARIANNE E. BEYNON, M.D., POR FIRMA ELECTRONICA							
28. FECHA EN QUE SE CERTIFICO (Mes/Dia/Año) AGOSTO 27, 2020			29. NO. DE LICENCIA S1766			30. HORA DE DEFUNCION (Actual o Presunto) 11:23 PM				
31. NOMBRE Y DIRECCION DEL CERTIFICANTE IMPRENTADO (Calle y Numero, Ciudad, Estado, Código Postal) MARIANNE E. BEYNON, M.D. 1861 OLS SPANISH TRAIL, HOUSTON, TX 77054			32. TITULO DEL CERTIFICANTE ASST. ME							
CAUSA DE MUERTE	33. PARTE 1. ANOTE LA CADENA DE EVENTOS - ENFERMEDADES, LESIONES, O COMPLICACIONES - QUE DIRECTAMENTE CAUSARON EL FALLECIMIENTO. NO ANOTE EVENTOS TERMINOS COMO PARO CARDIACO, PARO RESPIRATORIO, O FIBRILACION VENTRICULAR SIN AVER ENSEÑADO LA ETILOGIA. NO ABREVE. ANOTE SOLAMENTE UNA CAUSA EN CADA LINEA.						Intervalo aproximado entre el Comienzo de la enfermedad y la muerte			
	CAUSA INMEDIATA (Enfermedad final o condicion que produjo la muerte -->						a. <u>LESIONES POR FUERZA CORTA EN LA CABEZA</u>			
	Anote las condiciones en secuencia, si existiera alguno que pudieron la causa						b. _____			
	anotada en la linea a. ANOTE LA CAUSA FUNDAMENTAL (enfermedad o herida que inicio, los eventos produciendo la muerte) AL ULTIMO.						c. _____			
							d. _____			
PARTE 2. ANOTE OTRAS CONDICIONES SIGNIFICATIVAS QUE CONTRIBUYERON LA MUERTE PERO NO RESULTANDO EN LA CAUSA FUNDAMENTAL ANOTADA EN LA PARTE 1.								34. SE REALIZO UNA AUTOPSIA? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No		
								35. PARA COMPLETAR LA CAUSA DE MUERTE ESTUVIERON LOS RESULTADOS DE LA AUTOPSIA DISPONIBLES? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
36. MANERA DEL FALLECIMIENTO <input type="checkbox"/> Natural <input checked="" type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Pendiente/ bajo Investigacion <input type="checkbox"/> No pudo ser determinado		37. EL TABACO CONTRIBUYO A LA MUERTE? <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Probablemente <input type="checkbox"/> No se sabe		38. SI ES FEMENINO <input type="checkbox"/> No embarazada durante el año anterior <input type="checkbox"/> Embarazada cuando fallecio <input type="checkbox"/> No embarazada, pero embarazada durante de 42 dias de muerte <input type="checkbox"/> No embarazada, pero embarazada 43 dias a un año antes de morir <input type="checkbox"/> No se sabe si estuvo embarazada durante el año anterior <input type="checkbox"/> No applicable			39. ESPECIFIQUE SI FUE HERIDA DE TRANSPORTACION <input type="checkbox"/> Chofer / Operador <input checked="" type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Peaton <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) <input type="checkbox"/> No se sabe			
40a. FECHA DE HERIDA (Mes/Dia/Año) AGOSTO 14, 2020		40b. HORA DE HERIDA 09:22 PM		40c. OCURRIÓ LA HERIDA EN EL TRABAJO? <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		40d. LUGAR DE HERIDA (por ejemplo, Hogar de Fallecido, sitio de construccion, restaurante, bosco) CALZADA		40f. CONDADO DE HERIDA HARRIS		
40e. UBICACION (Calle y Numero, Ciudad, Estado, Código Postal) 7700 W LOOP SOUTH, BELLAIRE, TX 77401										
41. DESCRIBA COMO OCURRIÓ LA HERIDA PASAJERO DE UNA CAMIONETA EN UNA COLISIÓN DE VEHÍCULOS MÚLTIPLES										
42a. NUMERO DE ARCHIVO REGISTRADO 02017776		42b. FECHA RECIBIDA POR EL o LA REGISTRADOR(ORA) LOCAL SEPTIEMBRE 1, 2020		42c. REGISTRADOR(ORA) REGISTRADA- POR LA CIUDAD DE HOUSTON, ARCHIVADO ELECTRONICAMENTE						

ESTADO DE TEXAS EDR:00004444810995

CONDADO DE HARRIS

Ante mi, un notario publico, personalmente comparece: _____, conocido de ser la persona cuya firma aparece en presente instrumento y quien manifiesta haberlo ejecutado para el objeto y razon especificado en el mismo.

Otorgado bajo mano y sello de cargo este dia:

September 1, 2020

Michelle Marie Vega

Notario Publico; Estado de Texas

