

1. NOMBRE DE FALLECIDO (A) (Incluyendo Apodos) (Primero, Segundo, Apellido)				(Apellido de Soltera)		2. FECHA DE DEFUNCION - (Actual o Presunto)	
JAVIER FLORES GOMEZ						AGOSTO 24, 2020	
3. SEXO	4. FECHA DE NACIMIENTO	5. EDAD	MENOS DE UN AÑO MESES DIAS		MENOS DE UN DIA HORAS MINUTOS		6. LUGAR DE NACIMIENTO (Ciudad y Estado o Pais Extranjero)
MASCULINO	OCTUBRE 31, 1981	(Años) 38					MEXICO
7. NUMERO DE SEGURO SOCIAL		8. ESTADO CIVIL AL FALLECER		9. CONYUGE SOBREVIVIENTE (Si es esposa, el nombre antes del primer matrimonio)			
731-16-2699		<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		MAGNA KARINA CORTES PAZ			
10a. RESIDENCIA, DOMICILIO				10b. # DE APARTAMENTO		10c. CIUDAD o PUEBLO	
9540 KEMPWOOD DR.				277		HOUSTON	
10d. CONDADO		10e. ESTADO		10f. CODIGO POSTAL		10g. DENTRO DE LOS LIMITES DE LA CIUDAD?	
HARRIS		TEXAS		77080		<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
11. NOMBRE DEL PADRE				12. NOMBRE DE LA MADRE ANTES DEL PRIMER MATRIMONIO			
JAVIER FLORES				OFELIA GOMEZ			
13. LUGAR DE DEFUNCION (MARQUE SOLO UNA)							
<input checked="" type="checkbox"/> Si FALLECIO EN EL HOSPITAL <input type="checkbox"/> Paciente Internado <input type="checkbox"/> Paciente de Emergencia <input type="checkbox"/> Fallecio al Llegar <input type="checkbox"/> Si FALLECIO EN OTRO LUGAR QUE NO SEA UN HOSPITAL <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		15. CIUDAD / PUEBLO (Si fue afuera de los limites de la ciudad, anote el # de recinto)		16. NOMBRE DE INSTALACION (Si no en institucion, anote la calle y direccion)			
HARRIS		HOUSTON, 77030		MEMORIAL HERMANN HOSPITAL			
17. NOMBRE DEL INFORMANTE Y PARENTESCO CON EL FALLECIDO				18. DOMICILIO DEL INFORMANTE (Calle y Numero, Ciudad, Estado,Codigo Postal)			
MAGDA KARINA CORTES PAZ-ESPOSA				9540 KEMPWOOD DR. # 277, HOUSTON, TX 77080			
19. METODO DE DISPOSICION		20. FIRMA Y No. DE LICENCIA DE DIRECTOR(A) DE SERVICIOS FUNEBRES		21.			
<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)		PERSONA ACTUANDO COMO TAL		<input checked="" type="checkbox"/> No se Sabe			
22. LUGAR DE DISPOSICION (Nombre de Panteon, Crematorio, o Otro Lugar)		23. UBICACION (Ciudad / Pueblo, y Estado)		Seccion			
PANTEON BUENOS AIRES		EL APARTADERO QUERETARO, MX		Bloque			
24. NOMBRE DE LA FUNERARIA		25. DIRECCION COMPLETA DE LA FUNERARIA (Calle y Numero, Ciudad, Estado, Codigo Postal)		Lote			
GUARDIAN ANGEL FUNERAL HOME		2412 LITTLE YORK RD. HOUSTON, TX 77093		Espacio			
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		28. FECHA EN QUE SE CERTIFICO (Mes/Dia/Año)		29. No. de LICENCIA		30. HORA DE DEFUNCION (Actual o Presunto)	
MARIANNE E. BEYNON, M.D., POR FIRMA ELECTRONICA		AGOSTO 27, 2020		S1766		11:23 PM	
31. NOMBRE Y DIRECCION DEL CERTIFICANTE IMPRENTADO (Calle y Numero, Ciudad, Estado, Codigo Postal)						32. TITULO DEL CERTIFICANTE	
MARIANNE E. BEYNON, M.D. 1861 OLS SPANISH TRAIL, HOUSTON, TX 77054						ASST. ME	
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 ETIOLOGIA.							
NO ABREVE. ANOTE SOLAMENTE UNA CAUSA EN CADA LINEA.							
CAUSA DE MUERTE	CAUSA IMEDIATA (Enfermedad final o condicion que produjo la muerte) → a. LESIONES POR FUERZA CORTA EN LA CABEZA						
	Anote las condiciones en secuencia, si existiera alguno que prdujeron la causa b. _____						
	anotada en la linea a. ANOTE LA CAUSA c. _____						
	FUNDAMENTAL (enfermedad o herida que inicio, los eventos produciendo la muerte) AL ULTIMO. 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?		35. PARA COMPLETAR LA CAUSA DE MUERTE ESTUVIERON LOS RESULTADOS DE LA AUTOPSIA DISPONIBLES?					
<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No					
36. MANERA DEL FALLECIMIENTO		37. EL TABACO CONTRIBUYO A LA MUERTE?		38. SI ES FEMENINO		39. ESPECIFIQUE SI FUE HERIDA DE TRANSPORTACION	
<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		<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Probablemente <input type="checkbox"/> No se sabe		<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		<input type="checkbox"/> Chofer / Operador <input type="checkbox"/> NO APPLICABLE <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)	40b. HORA DE HERIDA	40c. OCURRIO LA HERIDA EN EL TRABAJO?		40d. LUGAR DE HERIDA (por ejemplo, Hogar de Fallecido, sitio de construccion, restaurante, bosco)			
AGOSTO 14, 2020	09:22 PM	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		CALZADA			
40e. UBICACION (Calle y Numero, Ciudad, Estado, Codigo Postal)						40f. CONDADO DE HERIDA	
7700 W LOOP SOUTH, BELLAIRE, TX 77401						HARRIS	
41. DESCRIBA COMO OCURRIO LA HERIDA							
PASAJERO DE UNA CAMIONETA EN UNA COLISION DE VEHICULOS MULTIPLES							
42a. NUMERO DE ARCHIVO REGISTRADO		42b. FECHA RECIBIDA POR EL o LA REGISTRADOR(ORA) LOCAL		42c. REGISTRADOR(ORA)			
02017776		SEPTIEMBRE 1, 2020		REGISTRADA- POR LA CIUDAD DE HOUSTON, ARCHIVADO ELECTRONICAMENTE			

ESTADO DE TEXAS EDR:00004444810995

CONDADO DE HARRIS

Ante mi, un notario publico, personalmente comparece: Boanay Rene Rodriguez, 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:

Michelle Marie Vega

Notario Publico; Estado de Texas

