

Uruguay
PresidenciaMinisterio
de Salud
Pública**A**

No. 310886

Certificado MAYOR de 1 año y más

DATOS PATRONÍMICOS Y PERSONALES DEL FALLECIDO

Primer Apellido	TECHERA	Segundo Apellido	DAVILA
Primer Nombre	NERIS	Segundo Nombre	ESTHER
Nom. en documento	NERIS ESTHER TECHERA DÁVILA		
Observaciones en Documento			
Documento	CI - 35594507	País emisor	URUGUAY
Sexo	FEMENINO	Fecha de Nacimiento	27/04/1953
Edad en años al fallecer	70	Nacionalidad	URUGUAY
Credencial		Institución a la que pertenecía	ASSE
¿Vivía en pareja?	Se Desconoce	Estado Civil	CASADO
Etnia	SE DESCONOCE		
País de Nacimiento	URUGUAY		
Departamento de Nacimiento	LAVALLEJA	Localidad de Nacimiento	
¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado?	SE DESCONOCE		
Ocupación	INACTIVO: PENSIONISTA, JUBILADO		
Actividad Principal			

LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL

Situación de calle	No				
País de residencia	URUGUAY				
Departamento de residencia	LAVALLEJA	Localidad de residencia	VILLA DEL ROSARIO		
Tipo de dirección		Calle	VILLA DE ROSARIO		
Número de puerta		Letra de la puerta			
Apartamento		Ruta		Km	
Entre		Y			
Manzana		Solar			
Barrio		Zona	RURAL		

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

¿Se desconoce lugar de defunción?	No				
Institución	ASSE				
Establecimiento	HOSPITAL DE MINAS - Dr. Alfredo Vidal y Fuentes				
Lugar de Ocurrencia	CENTRO ASISTENCIAL				
País de Ocurrencia	URUGUAY	Otro			
Departamento de Ocurrencia	LAVALLEJA	Localidad de Ocurrencia	MINAS		
Tipo de dirección	CALLE	Calle	JOSE PEDRO VARELA		
Número de puerta	1100	Letra de puerta			
Apartamento		Ruta		Km	0.0
Entre		Y			
Manzana		Solar			
Barrio		Zona	INDEFINIDA		

DÍA Y HORA DE DEFUNCIÓN

Fecha de defunción/constatación	08/01/2024	Hora de defunción/constatación	12:20
¿Llegó sin vida al centro asistencial?	No		



Uruguay
Presidencia

Ministerio
de Salud
Pública

CÓDIGO DE ENFERMEDAD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN COMPLETO

No. 310886

A

Certificado MAYOR de 1 año y más

CAUSAS DE DEFUNCION

Enfermedad causante defunción (A)	
insuficiencia respiratoria	
Enfermedad que precedió (B)	
alergia	
Enfermedad que precedió (C)	
Otros estados mórbidos	
enfermedad renal cronica en hemodialisis	

MOTIVOS EXTERNOS DE CAUSA DE MUERTE

¿La defunción se debió a motivos	No
Descripción de las circunstancias en que aconteció la muerte	
Tipo de Motivo Externo	
Motivo Externo Accidente	
Rol del Fallecido	
Motivo Externo Accidente Otro	
Motivo Externo Otro	
Fecha del acontecimiento	
Lugar del acontecimiento	
Lugar del acontecimiento violento otro	
Motivo Fallecimiento Mujer 10 a 49	

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

¿Se realizó una Cirugía?	No
Fecha de la Cirugía	
Nombre de la Cirugía	
Causa de la Cirugía	
¿Solicitó autopsia clínica?	No
¿Realizó Autopsia?	No
Tipo de Autopsia	

MÉDICO FIRMANTE - Firmado el 08/01/2024 23:59

El profesional médico firmante se encuentra debidamente habilitado por el MSP para firmar el presente Certificado de Defunción.

Cédula No.	18685052	No. CJPPU	59705
Nombre	DANIELA MARINI		

El presente Certificado de Defunción Completo, se emite como Constancia de la existencia de un Certificado de Defunción Electrónico de la persona fallecida de referencia.
Los emisores autorizados por el MSP son Prestadores de Salud, Profesionales Médicos, Empresas Fúnebres o la Unidad de Estadísticas Vitales del MSP, quienes podrán acreditar la emisión, mediante firma y sello correspondientes.

Responsable de la emisión del certificado completo

Firma del responsable

Aclaración de la firma

No. de documento

Impreso el: 10/01/2024 08:23