

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

BLN182124



APELLIDOS / APELIDOS  
APARICIO  
LOPEZ

NOMBRE / NOME  
MARIA TERESA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE  
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO  
09 09 1948

NUM SOPORT VALIDEZ / VALIDEZ  
BLN182124 01 01 9999

070220

DNI 33198564L

*M. Teresa Aparicio* 683008

DOMICILIO / DOMICILIO  
C. FIGUEIRAS FOLGOSO 23  
SANTIAGO DE COMPOSTELA  
A CORUÑA

15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO  
SANTIAGO DE COMPOSTELA  
A CORUÑA

HAJDA DE / FILLOA DE  
DIEGO / NIEVES

IDESPBLN182124333198564L<<<<<<<  
4809094F9901018ESP<<<<<<<<<<<<8  
APARICIO<LOPEZ<<MARIA<TERESA<<

<https://certificados.cgcom.es>

MSAMQTVXIM

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN  
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

104554683

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. URBANO ANIDO HERRANZ

LICENCIADO

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARIA TERESA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

APARICIO

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

LOPEZ

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 09

Mes 09

Año 1948

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento  
de identidad:☒ D.N.I.  
☐ PasaporteNúmero:  
Número:

33198564-L

Documento  
de identidad:☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)  
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)Número:  
Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

18:05

Día

Día

21

Mes

Mes

07

Año

Año

2022

2022

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular  
Domicilio particularCentro hospitalario  
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria  
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo  
Lugar de trabajoOtro lugar  
Outro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado<sup>1</sup>  
Intervalo de tempo aproximado<sup>1</sup>I. Causa inmediata<sup>2</sup> / Causa inmediata<sup>2</sup>

(a) INSUFICIENCIA CARDIO-RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias<sup>3</sup> / Causas intermedias<sup>3</sup>

(b) HIPERCALCEMIA TUMORAL

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental<sup>4</sup> / Causa inicial ou fundamental<sup>4</sup>

(d) CARCINOMA LOBULILAR DE MAMA ESTADIO IV

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos<sup>5</sup> / Outros procesos<sup>5</sup>

Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/Sí

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Sí

No/Non

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?

Accidente de tráfico  
Accidente de tráficoNo/Non  
Sí/SíAccidente laboral  
Accidente laboralNo/Non  
Sí/SíFecha del mismo:  
Data do mesmo:Día  
DíaMes  
MesAño  
AñoContinúa al reverso  
Continúa ao reverso