

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: MARIA CRISTINA ALVAREZ REX

Fecha de fallecimiento 18- Noviembre - 2024

Domicilio HOSPITAL CUMICO / RIA CARLOS RASIDE 4, 2° Pta SANTIAGO

Teléfonos: 685375475 (Esposo) E-mail: daniel.oscar.franco@gmail.com

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo X C1	Medida 5'90	1090
Capilla ardiente CONCEJO TOURNIA la Prep. SI Libro NO		628 + 53
Gestión funeraria X SI	☐ Tramitación UUV	170
Carroza traslado X Hospital Cumico - CONCEJO		105
Prensa NO		
Radio NO		
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO		
Ómnibus acompañamiento NO		
Turismo NO RECORRER 15:30 EN CASA SPOCERNA		45
Certificado médico X SI	Registro Civil: SANTIAGO	3
Carroza	Personal	120 + 127
Ayunt.º: Sepultura X SEPULTURA CONCESSION 10810		1512.00
Iglesia NO CAPILLA CONCEJO		313.90
Incineración	Urna:	149
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores NO	Funeral: DON VICTOR	60 (9002)
Flóres NO CONCEJO "Tu esposo, tus hijos e hijas políticos"		140
	"Tus nietas"	80
☒ Sudario	☒ Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento
		☐ Rosario

3410 7210

FALLECIDO: Nombre MARIA CRISTINA ALVAREZ REY D.N.I. N° 13.365.272-H
id. de los padres ANDRÉS | ISOLINA.
Naturaleza BUENOS AIRES / ARGENTINA Provincia _____
Día, mes y año de nacimiento 16 - AGOSTO - 1961
Profesión _____ Estado CASADA Domicilio RUA CARLOS NASIDE
N° 4, 2° Dcha. SANTIAGO.
Fecha: 02:08 horas del día 18 de NOVIEMBRE de 2024.
Fallecimiento: Domicilio HOSPITAL CLINICO
Cementerio BOESACA. Ayunt.º SANTIAGO.

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____

domiciliado en _____

L SEÑOR

D/ña. _____

falleció en _____ en el día de _____ a los _____ años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos _____ Primos _____

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

Nota: Si hay servicio de ómnibus. indicarlo en este apartado

ESQUELA GENERAL
SU PAMICA
PARA ENTRADA TUBULO
NO WEB


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105594609

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

D./Dña.
D. / Dña.
 en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
 en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
 y con ejercicio profesional en
 e con ejercicio profesional en

 Joaquín Otero de Indio
 A Coruña
 Santiago de Compostela

 con el número
 co número
Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151513512

1ª colegiación
1ª colexiación
CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

 Nombre del fallecido/a:
 Nome do falecido/a:

MARIA CRISTINA

1º Apellido del fallecido/a:

ALVAREZ

1er Apellido do falecido/a:

ALVAREZ

2º Apellido del fallecido/a:

REY

2ª Apellido do falecido/a:

REY

 Fecha de nacimiento
 Data de nacemento

 Día 16
 Día 16

 Mes 08
 Mes 08

 Año 1961
 Ano 1961

 Sexo:
 Sexo:

 Varón ☐
 Varón

 Mujer ☒
 Muller

 Documento
 de identidad:
 Documento
 de identidade:

☒ D.N.I.
☐ D.N.I.
☐ Pasaporte
☐ Pasaporte
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

 Número:
 Número:
 Número:
 Número:

13365272-H

 Hora y fecha de la defunción
 Hora e data da defunción

 Hora : minutos 04:08
 Hora : minutos 04:08

 Día 18
 Día 18

 Mes 11
 Mes 11

 Año 2024
 Ano 2024

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?:

Santiago de Compostela

 Domicilio particular ☐
 Domicilio particular

 Centro hospitalario ☒
 Centro hospitalario

 Residencia socio-sanitaria ☐
 Residencia socio-sanitaria

 Lugar de trabajo ☐
 Lugar de traballo

 Otro lugar ☐
 Outro lugar

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

 Intervalo de tiempo aproximado
 Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) LINFOMA FRACASO MULTIORGÁNICO

 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO

 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Debido a/Debido a

(c)

 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) LINFOMA ANGIOIMUNOBLÁSTICO

 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
 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 No/Non ☒ Accidente laboral No/Non ☒
 Accidente de tráfico Sí/Sí ☐ Accidente laboral Sí/Sí ☐

 Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
 Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Ano ☐

 Continúa al reverso
 Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Sí ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineración condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En Santiago, a 18 de noviembre de 2024

Firma del médico
Sinatura do médico

Instrucciones básicas de Certificación:

La OMS recomienda que en la cumplimentación de las causas de defunción se comience por la **causa Inmediata** y se termine por la **causa Inicial o fundamental**, es decir, en un orden natural de arriba hacia abajo, respondiendo a las palabras "**debido a**" que facilitan la comprensión del concepto de **secuencia lógica**, tan importante para la selección de la Causa Básica de Defunción.

Causa básica de defunción: "Enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal".

1 Intervalo de tiempo aproximado

Anotar el tiempo transcurrido entre el comienzo de cada afección y el momento de la defunción, de tal forma que el tiempo anotado en el apartado I.(a) debe ser inferior o igual a I.(b), y éste a su vez inferior o igual a I.(c) y así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, es decir, hay que expresar el período en una única unidad de tiempo y tan solo hay que rellenar una por proceso y línea. Si hubiera que anotar más de un proceso en una línea, el tiempo anotado debe corresponder al primer proceso informado (el más importante).

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo:

Para mes y medio, anotar 45 días

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

2 Causa inmediata:

(a) Indicar la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente. No se trata de indicar las modalidades de la muerte, sino la enfermedad, el traumatismo o la complicación causante del fallecimiento.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

3 Causas intermedias:

(b) y (c) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba indicada.

Si el estado patológico señalado en la línea (a) fue consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotarán en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
(c) Pielonefritis crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anotará una única causa, la que haya sido desencadenante de todo el proceso que ha llevado a la defunción. En caso de accidente o violencia, se hará una breve descripción de las circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

5 Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.

Ejemplo: Diabetes ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- Evitar certificar entidades mal definidas, signos y síntomas.

Nota: Las dos líneas de cuadrados previstas para cada apartado deben considerarse como una sola y no para establecer orden de causalidad.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pela **causa Imediata** e se remate coa **causa Inicial ou fundamental**, é dizer, nunha orde natural de arriba cara a abaixo, respondendo ás palabras "**debido a**" que facilitan a comprensión do concepto de **secuencia lóxica**, tan importante para a selección da Causa Básica de Defunção.

Causa básica de defunción: "Enfermidade ou lesión que iniciou a cadea de acontecementos patolóxicos que conduciron directamente á morte, ou as circunstancias do accidente ou violencia que produciu a lesión fatal".

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcurrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunção, de tal forma que no tempo anotado no apartado I.(a) debe ser inferior ou igual a I.(b), e este á súa vez inferior ou igual ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluíntes, é dicir, hai que expresar o período nunha única unidade de tempo e tan só hai que encher unha por proceso e liña. Si houber que anotar máis dun proceso nunha liña, o tempo anotado debe corresponder ao primeiro proceso informado(o máis importante).

Nota: Cada unidade de tempo admite ata o número 99.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Anos

2 Causa inmediata:

(a) Indicar a enfermidade ou estado patolóxico que produciu a morte directamente. Non se trata de indicar as modalidades da morte, senón a enfermidade, o traumatismo ou a complicación causante do falecemento.

Ejemplo: (a) Hemorraxia cerebral debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Anos

3 Causas intermedias

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que producira a causa arriba indicada.

Se o estado patolóxico sinalado na liña (a) foi consecuencia dun ou máis estados morbosos, anotaranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
(c) Pielonefrite crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Anos

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anotarase unha única causa, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou á defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Anos

5 Outros procesos:

Otros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Ejemplo: Diabetes ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Anos

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- Evitar certificar entidades mal definidas, signos e síntomas.

Nota: as dúas liñas de cadrados previstas para cada apartado deben considerarse como unha soa e non para establecer orde de causalidade.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de MARÍA CRISTINA ÁLVAREZ REY , con documento identificativo DNI, 13365272H según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 18 DE NOVIEMBRE DE 2024 a las 01:08 horas, acaecida en SANTIAGO DE COMPOSTELA.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde el fallecimiento.

En Santiago de Compostela a 18 DE NOVIEMBRE DE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
18/11/2024 10:14

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:jcVy-qKWj-uk&6-YPXH

