



FALLECIDO: Nombre MANUEL ALBOR CASTRO D.N.I. Nº 33227260-8  
id. de los padres MANUEL Y MANUELA  
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA  
Día, mes y año de nacimiento 21 - DICIEMBRE - 1957  
Profesión \_\_\_\_\_ Estado CASADO Domicilio LGAR. AS QUENLLAS N.º 42 - LAVACOLLA - STGO.

Fallecimiento: Fecha: 11.05 horas del día 19 de DICIEMBRE de 20 24  
Domicilio LGAR. AS QUENLLAS N.º 42 - LAVACOLLA  
Cementerio INCINERACIÓN Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

LIBRO DE FAMILIA \_\_\_\_\_ Tomo \_\_\_\_\_ ; Página \_\_\_\_\_  
DECLARANTE D. Mª Adela Garabal Hour ( esposa ) D.N.I. 33248690 M  
domiciliado en el mismo

L SEÑOR

D/ña. MANUEL ALBOR CASTRO  
(MANOLO DE XULIAN - VECIÑO DE LAVACOLLA - SANTIAGO)  
falleció en \_\_\_\_\_ en el día de 19-12-24 a los 66 años  
confortado con los Auxilios Espirituales \_\_\_\_\_

Su esposo/a ADELINA GARABAL HOUR  
Hijos ROCIO ALBOR GARABAL

~~Hijos políticos~~ \_\_\_\_\_

Padres NO

Abuelos NO

Padres políticos NO

Hermanos : JOSÉ MANUEL, FRANCISCO (+), M.ª ESTHER Y PURIFICACIÓN ALBOR CASTRO

Hermanos políticos SI

Nietos JAVIER GARCIA ALBOR Bisnietos NO Tios SI Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción \_\_\_\_\_

Funerales \_\_\_\_\_

en la iglesia de CAPILLA TANATORIO

CASA MORTUORIA: \_\_\_\_\_

(SI / NO) SE RECIBE DUELO \_\_\_\_\_

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

ES  **REINO DE ESPAÑA**  
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

332272608

**DNI 33227260B**



APELLIDOS / APELLIDOS  
**ALBOR CASTRO**

NOMBRE / NOME  
**MANUEL**

SEXO / SEXO  
**M**

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE  
**ESP**

NACIMIENTO / NACIMENTO  
**21 12 1957**

EMISIÓN / EMISIÓN  
**09 09 2022**

VALIDEZ / VALIDEZ  
**09 09 2032**

NUM SOPORTE  
**CDE152697**



**187904**

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

**DOMICILIO / DOMICILIO**  
**LGAR. AS QUENLLAS 42**  
**LAVACOLLA**  
**SANTIAGO DE COMPOSTELA**  
**A CORUÑA**

**LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO**  
**SANTIAGO DE COMPOSTELA**  
**A CORUÑA**

**HIJO DE / FILLO DE**  
**MANUEL / MANUELA**

**EQUIPO / EQUIPO**  
**15771L6D1**

**IDESP CDE152697733227260B<<<<<<<**  
**5712218M3209099ESP<<<<<<<<<<<<<<**  
**ALBOR<CASTRO<<MANUEL<<<<<<<<<<<<<**

FALLECIDO

**ESPAÑA**  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



APELLIDOS / APELLIDOS  
**ALBOR GARABAL**

NOMBRE / NOME  
**ROCIO**

SEXO / SEXO  
**F**

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE  
**ESP**

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO  
**01 03 1984**

NUM SOPORTE  
**BC6153687**

**15 09 2026**



**268096**

**DNI 44847927C**

**DOMICILIO / DOMICILIO**  
**LGAR. TA ESQUIPA 3**  
**LAVACOLLA**  
**SANTIAGO DE COMPOSTELA**  
**A CORUÑA**

**LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO**  
**SANTIAGO DE COMPOSTELA**  
**A CORUÑA**

**HIJO DE / FILLO DE**  
**MANUEL / MARIA ADELINA**

**EQUIPO / EQUIPO**  
**36369L6D1**

**IDESP BCG153687744847927C<<<<<<<**  
**8603016F2609153ESP<<<<<<<<<<<<<**  
**ALBOR<GARABAL<<ROCIO<<<<<<<<<<<<<**

DECLARANTE (HIJA)



OMC §

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS<https://certificados.cgcom.es>

EJSBLN06VP

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN  
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

104947214

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.  
D. / Dña.

ADRIANA RESCUNA PAN

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en  
en Medicina e Cirurgia, colexiado/a en  
y con ejercicio profesional en  
e con ejercicio profesional en

A CORUÑA

A CORUÑA

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

153203196

1ª colegiación  
1ª colegiación

## CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

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

ANWEL

1º Apellido del fallecido/a:

ALBOL

1er Apellido do falecido/a:

ALBOL

2º Apellido del fallecido/a:

CASTA

2º Apellido do falecido/a:

CASTA

Fecha de nacimiento  
Data de nacemento

Día 24

Mes 12

Año 1957

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐Documento  
de identidad:☒ D.N.I.

Número:

33227260

Documento  
de identidad:☐ Pasaporte

Número:

Documento  
de identidad:☐ Pasaporte

Número:

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

Número:

Hora y fecha de la defunción  
Hora e data da defunción

Hora : minutos 14:05

Día 19

Mes 12

Año 2024

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

SANTIAO DE COMPOSTELA

Domicilio particular ☒Centro hospitalario ☐Residencia socio-sanitaria ☐Lugar de trabajo ☐Otro lugar ☐

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

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

(a) PADADA CARDIORESPIRATORIA

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

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

(b) INFARTO AGUDO MIOCARDIO

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

(c)

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

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

(d) CARDIOPATIA ISQUEMICA

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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

SI/SI ☐No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

SI/SI ☐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 ☒

Accidente laboral

No/Non ☒

Accidente laboral

SI/SI ☐Fecha del mismo:  
Data do mesmo:

Día 00

Mes 00

Año 00 00

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 19 de DICIEMBRE 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 |
|       | 45   |       |      |

## 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     |      |       |      |

## 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 

|       |      |       |      |
|-------|------|-------|------|
| Horas | Días | Meses | Años |
|       |      |       | 2    |

(c) Pielonefritis crónica

debido a 

|       |      |       |      |
|-------|------|-------|------|
| Horas | Días | Meses | Años |
|       |      |       | 2    |

## 4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anota 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    |

## 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 |
|       |      |       | 10   |

## Otras recomendaciones

1. Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas y/o siglas.
3. Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
4. Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
5. 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.

## Instruccions básicas de Certificación:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción se comece pola causa inmediata e se remate coa causa inicial ou fundamental, é dicir, 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 Defunción.

**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 defunción, 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 excluyentes, 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

|       |      |       |      |
|-------|------|-------|------|
| Horas | Días | Meses | Años |
|       | 45   |       |      |

## 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 | Años |
| 3     |      |       |      |

## 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 

|       |      |       |      |
|-------|------|-------|------|
| Horas | Días | Meses | Años |
|       |      |       | 2    |

(c) Pielonefrite crónica

debido a 

|       |      |       |      |
|-------|------|-------|------|
| Horas | Días | Meses | Años |
|       |      |       | 2    |

## 4 Causa inicial ou fundamental

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

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

|       |      |       |      |
|-------|------|-------|------|
| Horas | Días | Meses | Años |
|       |      |       | 10   |

## 5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

|       |      |       |      |
|-------|------|-------|------|
| Horas | Días | Meses | Años |
|       |      |       | 5    |

## Outras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
5. 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 MANUEL ALBOR CASTRO  
, con documento identificativo DNI, 33227260B según la certificación facultativa  
presentada, que constata la fecha de la muerte 19 DE DICIEMBRE DE 2024  
a las 11:05 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 20 DE DICIEMBRE DE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO  
20/12/2024 10:56

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:vufu-SX&c-cMpq-sR3q

