

58 FALLECIDO: Alberto Iglesias Cortiñas

25-Apr-2025

.....

E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	Cero	Medida	1'90
Capilla ardiente	Cámara	Sala Prep.	Libro
Gestión funeraria	S:	☐ Tramitación UUV	73
Carroza traslado	Hospital-Complejo		173
	Vieiros		107
	15:00		
	Prensa		
	Radio		
Recordatorios fúnebres / tarjetas			
Ómnibus acompañamiento			
Turismo	id.		
Certificado médico	S:	Registro Civil:	Stgo
Carroza		Personal	3
			129'50
Ayunt.º: Sepultura			
Iglesia	S:	Urna:	Básica
Incineración			351
Presencial	☐ SI	☒ NO	
		Destino:	Custodia Familiar
Cantores		Funeral:	90'70
Flores			
			84'70
			73'50
☐ Sudario	☒ Cubredifuntos	☐ Acondicionamiento	☐ Rosario

FALLECIDO: 10. de los padres José Ruperto y María Rosa Eibar
Naturaleza Eibar
Día, mes y año de nacimiento 16/6/1951 Estado Gasade Domicilio Ave. Barcelona, 17, 40B
Profesión

Fallecimiento: Fecha: 01:50 horas del día 25 de 4 de 2025
Domicilio 11. Clivico - Stgo
Cementerio Crematorio Apostol. Ayunt.º Stgo

Cónyuge: Nombre María José Giron García

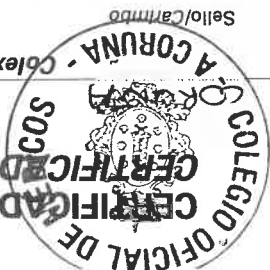
LIBRO DE FAMILIA Tomo María José Giron García (Eposa) D.N.I. 33229140 H
domiciliado en Ave. de Barcelona, 17, 40B - Stgo L SEÑOR

D/ña.

falleció en confortado con los Auxilios Espirituales en el día de a los años

Su esposa/ Hijos Hijos políticos Padres Padres políticos 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



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
105528821
Nº Certificado/Nº certificado



CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.E. incluido.

D./Dña. EVA MARIA SABORIDO PAZ
D./Dña. en Medicina y Cirugía, colegiada/a en
en Medicina y Cirugía, colegiada/a en
en Medicina y Cirugía, colegiada/a en
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

CERTIFICADO la defunción de / CERTIFICADO a defunción de
Nombre del fallecido/a: ALBERTO
1º Apellido del fallecido/a: IGLESIAS
2º Apellido del fallecido/a: CORTINAS
Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 04 Año 1957
Sexo: Varón ☒ Varón ☐ Mujer ☐
Documento de identidad: D.N.I. Número: 15355254-C
Documento de identidad: Pasaporte Número:
Documento de identidad: N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 01:50 Día 25 Mes 04 Año 2025
En qué municipio ocurrió la defunción?: ☒ Centro hospitalario ☐ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Intervalo de tiempo aproximado ¹ Intervalo de tiempo aproximado ¹

I. Causa inmediata ² / Causa inmediata ²
(a) SHOCK HEMORRAGICO ESPONTANEO
PARADA CARDIACA
Causas intermedias ³ / Causas intermedias ³
(b) HEORRAGIA DIGESTIVA ALTA
ESPONTANEA
Debido a/Debido a
(c) FRACASO RENAL AGUDO
Debido a/Debido a
(d) CIRROSIS HEPATICA
Otros procesos ⁵ / Otros procesos ⁵

II. Otros procesos ⁵ / Otros procesos ⁵
Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? ☒ No/Non ☐ Si/SI
Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? ☒ No/Non ☐ Si/SI
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 ☐ Si/SI
Fecha del mismo: Día
Mes
Año
Continúa al reverso

?Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

SI/ SI ☐ No/ Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

?Posibilidad de incineración?/Possibilidade de incineração

SI/ SI ☒ No/ Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapassos

☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos

☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

En 25 de Agosto de 2025

Firma del médico

Signature of the doctor

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 afectación y el momento de la defunción, de tal forma que el tiempo anotado en el apartado 1.(a) debe ser inferior o igual a 1.(b), y éste a su vez inferior o igual a 1.(c) y así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, es decir, hay que expresar el período en una única unidad de tiempo y tan sólo 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).

Para mes y medio, anotar 45 días

Horas ☐ 00
Días ☐ 00
Meses ☐ 00
Años ☐ 00

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

Horas ☐ 00
Días ☐ 00
Meses ☐ 00
Años ☐ 00

3 Causas intermedias:

(b) y (c) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeran 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

Horas ☐ 00
Días ☐ 00
Meses ☐ 00
Años ☐ 00

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados de accidente o violencia, se hará una breve descripción de las circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ 00
Días ☐ 00
Meses ☐ 00
Años ☐ 00

5 Otros procesos:

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

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, separarlas 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.

Mod. CMD-BED-G

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomienda que no cubrimiento 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: "Enfermedad ou lesión que iniciou a cadea de acontecementos patolóxicos que conduciu directamente á morte, ou as circunstancias do accidente ou violencia que produciu a lesión fatal".

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcorrido entre o comezo de cada afectación e o momento da defunción, de tal forma que no tempo anotado no apartado 1.(a) debe ser inferior ou igual a 1.(b), e este a súa vez inferior ou igual ao 1.(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).

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ 00
Días ☐ 00
Meses ☐ 00
Años ☐ 00

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) Hemorragia cerebral

Horas ☐ 00
Días ☐ 00
Meses ☐ 00
Años ☐ 00

3 Causas intermedias:

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

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

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

Horas ☐ 00
Días ☐ 00
Meses ☐ 00
Años ☐ 00

4 Causa inicial ou fundamental:

(d) Enfermedad ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciu a morte. Anótase unha única causa, a que fose desendecente de todo o proceso que levou a defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descripción das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ 00
Días ☐ 00
Meses ☐ 00
Años ☐ 00

5 Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Otras recomendaciones

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.

2. Evitar abreviaturas e/o siglas.

3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.

4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, separarlas 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.

02

MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de ALBERTO IGLESIAS CORTIÑAS , con documento identificativo DNI, 15355257C según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 25 DE ABRIL DE 2025 a las 01:50 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 25 DE ABRIL DE 2025



