

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: Jose Ignacio Tabuena Tencer

Fecha de fallecimiento 5- Junio- 2025

Domicilio Quiruga Palacios, 23- 20 - Stgo

Teléfonos: 66683311-12 Isabel E-mail: isabelmrivera@gmail.com

ST 269
SC 194

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	Cep (sin cnyr ni)	Medida	1'ao
Capilla ardiente	S. "Cervento"	Sala Prep.	Libro
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	Domicilio- Complejo		
Prensa	—		
Radio	—		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	—		
Ómnibus acompañamiento	—		
Turismo	id.	—	
Certificado médico	Si	Registro Civil:	Santiago
Carroza	Personal		
Ayunt.º: Sepultura	—		
Iglesia	—		
Incineración	08:18:30 (1989)	Urna:	Básica
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino	Custodia Familiar
Cantores	Funeral: —		
Flores	—		
☐ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario			

FALLECIDO: Nombre José Ignacio Tabuenca Ferrer D.N.I. Nº 2713410-D
id. de los padres Jesús y Irene
Naturaleza Zaragoza Provincia Zaragoza
Día, mes y año de nacimiento
Profesión Estado Casado Domicilio C/ Quiroga Palacios
nº 23-2º - Stgo

Fallecimiento: Fecha: 15:30 horas del día 5 de 6 de 2025
Domicilio C/ Quiroga Palacios, 23- 2º - Stgo
Cementerio Crematorio Apóstol Ayunt.º Stgo

Cónyuge: Nombre M. Isabel Rey Rivas

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. M.º Isabel Rey Rivas (Esposa) D.N.I. 33298169B
domiciliado en C/ Quiroga Palacios, 23- 2º - Stgo

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 Tíos 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



DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELLIDOS
 TABUENCA
 FERRER

NOMBRE / NOME
JOSE IGNACIO

SEXO / SEXO	NACIONALIDAD / NACIONALIDADE	NACIMIENTO / NACIMENTO
M	ESP	12 08 1963

EMISION / EMISION	VALIDEZ / VALIDEZ
15 03 2023	15 03 2033

NUM SORTE
CEP123681

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACION



DOMICILIO : DOMICILIO

AVDA. QUIROGA PALACIOS DE 23 P02
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO

ZARAGOZA
ZARAGOZA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
JESUS / IRENE

15771601
Cassidy, David

IDESPCEP123681425134110D<<<<<
6308122M3303159ESP<<<<<<<<<8
TABUENCA<FERRER<<JOSE<IGNACIO<

FALLECIDO



DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS

REY
RIVAS**NON-RE / AD-RE**

MARIA ISABEL

SEXO: SEVO NACIONALIDAD: NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
21 10 1971

NUM BOPORT	VALIDEZ / VALIDEZ
BDD160392	26 01 2027

DNI 33298169B

923392

DOMICILIO - DOMICILIO

C. CARDENAL QUIROGA PALACIOS 23 P02
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
1577116D1

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

HUJONA DE / FILLOJA DE
MANUEL / PILAR

IDESPBD160392433298169B<<<<<<
7110210F2701264ESP<<<<<<<<<<0
REY<RIVAS<<MARIA<ISABEL<<<<<<<

SOLICITANTE

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105613320

Nº Certificado/Nº certificado

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 exercicio profesional en

, con el número

, co número

Colegio actual

Colegio actual

Nº de colegiado/a

Nº de colexiado/a

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento

de identidad:

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

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

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

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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALTA DE OXÍGENO

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(e)

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

Sí/Si

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/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

No/Non

Accidente laboral

No/Non

Accidente de tráfico

Sí/Si

Accidente laboral

Sí/Si

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

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 San Diego, a 5 de Junio de 2025

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ 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 ☐ 3 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ 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 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 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ Meses Años

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 ☐ 3 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Meses Años

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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ Meses Años

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 JOSÉ IGNACIO TABUENCA FERRER , con documento identificativo DNI, 25134110D según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 05 DE JUNIO DE 2025 a las 15:30 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 06 DE JUNIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
06/06/2025 11:30

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:ArxG-WR&C-PKYx-PGkW

