

OTROS CONCEPTOS

86487686 info@transportarapidosvigo.com (340€.)

26332000

FALLECIDO: Miguel Cortés Hernández

Fecha de fallecimiento 19 de agosto de 2025

Domicilio Los Palomos de Gran Canaria

Teléfonos: 660412933-Terera E-mail:

Servicio prestado

CONCEPTOS

Arca modelo

Medida

Capilla ardiente Campejo Tardor Sala Prep. Libro

Gestión funeraria Agencia de ☐ Tramitación UUV 173'00

Carroza traslado

Prensa

Radio

Recordatorios fúnebres / tarjetas

Ómnibus acompañamiento

Turismo id.

Certificado médico Registro Civil:

Carroza Trasporte al aeropuerto Personal 240

Ayunt.: Sepultura

Iglesia X Acata civil (Retrasar símbolos religiosos) Gastos Acop (Apox) 292'00

Incineración X Si 20:00 Urna: Básica

Presencia ☐ SI ☐ NO Destino Custodia familiar

Cantores Funeral:

Flores FAMILIA

NO SE RECIBEN FLORES

Madrid-Vigo 22/8 - 7:50

☐ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

S-568
T-411
SC-278

Memoria Particular

FALLECIDO: Nombre Miguel Cortés Hernández D.N.I. Nº 11408684 V
id. de los padres Miguel y Julia
Naturaleza Santander Provincia Cantabria
Día, mes y año de nacimiento 3 de noviembre de 1965
Profesión _____ Estado Casado Domicilio _____

Fallecimiento: Fecha: 01.37 horas del día 19 de agosto de 2025
Domicilio _____
Cementerio Crematorio Complejo Apóstol Ayunt.º _____

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 _____ 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



https://certificados.cgcom.es

RMSQRYGW9N

Id. Electrónico

Colegio de

M médicos
COLEGIO
LAS PALMAS

700021258

Nº Certificado

D. / Dña. ADRIÁN HERNÁNDEZ CONCEPCION

Colegio actual

Nº colegiatura

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, con el número 35 39 09 374

Nº colegiación

y con ejercicio profesional en LAS PALMAS DE GRAN CANARIA**CERTIFICO la defunción de**Nombre del fallecido/a: MIGUEL1º Apellido del fallecido/a: CORTES2º Apellido del fallecido/a: HERNÁNDEZ

Fecha de nacimiento

Día 03Mes 11Año 1985

Sexo:

Varón ☒

Mujer

Documento
de identidad:☒ D.N.I.

Número:

11408654-V

Pasaporte

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos 01:34Día 19Mes 08Año 2015

¿En qué municipio ocurrió la defunción?:

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Domicilio particular

Centro hospitalario ☒

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Otro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2)Intervalo de tiempo aproximado¹**I. Causa inmediata²**(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIAACTIVIDAD ELÉCTRICA SIN PULSO

Horas Días Meses Años

Debido a

Causas intermedias³(b) NEUMONITIS BILATERAL

Horas Días Meses Años

Debido a

(c)

Horas Días Meses Años

Debido a

Causa inicial o fundamental⁴(d) ADENOCARCINOMA PULMON

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵

Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta?

Sí

No ☒

¿Se practicó autopsia clínica?

Sí

No ☒

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de?:

Accidente de tráfico

No ☒

Sí

Accidente laboral

No ☒

Sí

Fecha del mismo: Día

Mes

Año

Continúa al reverso

¿Existen riesgos infecciosos?

Sí ☐

No ☒

Enfermedad infecciosa _____

Grupo: I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?

Sí ☒

No ☐

Incineración condicionada por:

☐

Retirada de Marcapasos

☐

Tratamiento con Isótopos Radioactivos

☐

Existencia de prótesis

En LAS MAMPAS, C, a 14 de AGOSTO de 2025

Firma del 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 al 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
Días Meses Años

I

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
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

2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a

2
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

5
Horas Días Meses Años

II

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

1 0
Horas Días Meses Años

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.



LICENCIA DE ENTERRAMIENTO / INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
EXPEDIENTE Nº 20250821/004391 SOBRE DEFUNCIÓN.

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª MIGUEL CORTÉS HERNÁNDEZ con Documento Identificativo DNI y Nº 11408684V, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 19 de AGOSTO de 2025, a las 01:37 horas, acaecida en HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR NEGRÍN;

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

En Palmas de Gran Canaria, Las a 21 de AGOSTO de 2025.



**CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN TRANSITORIA Y
EMBALSAMAMIENTO EN CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS.**

Datos relativos al prestador de servicios funerarios

Denominación: MEMORA SEVICIOS FUNERARIOS S.L.U. C.I.F.: B-85012441
N.º de inscripción en el registro: Tomo 43008 Folio 96 hoja B-417-548
Nombre, apellidos y n.º de DNI del Representante legal: PABLO GONZALEZ DIAZ D.N.I.: 42843088-E

Datos relativos al establecimiento funerario en que se realiza la técnica

Denominación: TANATORIO CREMATORIO
Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: MEMORA SERVICIOS FUNERARIOS, S.L.U.
Ubicación del establecimiento: C/ ARGUINEGUIN N.º 24 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, LAS PALMAS

Datos relativos al profesional que realiza la técnica

Nombre, apellidos y n.º del DNI del profesional que realiza la técnica: CRISTINA DE JESUS SANLES SUAREZ D.N.I. 42261683-B
Titulación: CERTIFICADO DE PROFESIONALIDAD, S.A.M.P.O.108 N.º A-073702 (TANATOPRAXIA), REGULADO SEGÚN DECRETO 1535/2011, 31 DE OCTUBRE

Datos relativos a la persona fallecida

Nombre, apellidos y N.º del DNI/Pasaporte/N.I.E.: MIGUEL CORTES HERNANDEZ DNI: 11408684V
Sexo: HOMBRE Edad: 59
Fecha, hora y lugar del fallecimiento: 19/08/2025 A LAS 01:37H EN EL HOSPITAL DOCTOR NEGRIN, LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, LAS PALMAS.
Grupo/Causa: Grupo 2 / INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, ADENOCARCINOMA DE PULMON.
Destino final: INCINERACION CREMATORIO COMPLEJO FUNERARIO APOSTOL SANTIAGO, A CORUÑA.

Práctica realizada:

- | | |
|--|---|
| ☐ Conservación transitoria: | ☐ Refrigeración. |
| | ☐ Congelación. |
| | ☐ Otros (descripción): |
| ☒ Embalsamamiento. | |

Técnica utilizada (descripción):

TRAS LAVADO Y DESINFECCIÓN DEL CUERPO SE PROCEDE A LA INYECCIÓN ARTERIAL, 6 LITROS DE SOLUCIÓN CONSERVANTE.
SE PROCEDE A LA ASPIRACIÓN DE LÍQUIDO. SE SUTURA LAS INCISIONES Y TRAS TAPONAMIENTO DE ORIFICIOS,
EL CADÁVER SE DEPOSITA EN UN SUDARIO NO+ ZINC, CON FILTRO DEPURADOR DE GASES Y POSTERIORMENTE EN UN FÉRETRO DE LAS CARACTERÍSTICAS SEÑALADAS EN EL ARTÍCULO 40 DEL DECRETO 2262/1974, DE 20 DE JULIO.

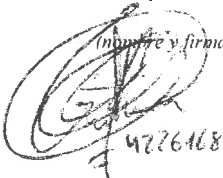
Producto utilizado (identificación): **PLASDO-25+AGUA**

El representante legal del prestador de servicios funerarios y el profesional, arriba reseñados, declaran haber realizado la técnica descrita en la persona fallecida identificada.

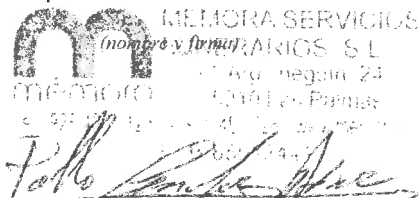
El presente certificado se expide de conformidad con lo establecido en el Decreto 132/2014, de 29 de diciembre, de Sanidad Mortuoria.

Localidad, fecha y hora: Las Palmas de G.C. 21 de agosto de 2025 a las 12:00 h.

El profesional que realiza la técnica:


(nombre y firma)
42261683 B

El prestador de servicios funerarios:


(nombre y firma)
MEMORA SERVICIOS
FUNERARIOS S.L.
C/ Arguineguin 24
35010 Las Palmas
de Gran Canaria

