

OTROS CONCEPTOS

SF-588
ST-431
SC-289
Particular

FALLECIDO: ELENA OURO ALVAREZ

Fecha de fallecimiento 30 DE AGOSTO DE 2025

Domicilio H. LA ROSQUERA

Teléfonos: 620608735 - JAIME

E-mail: curaciones@hotmail.com

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	X C-O	Medida 1'90 995
Capilla ardiente	X PRATERIAS	Sala Prep. Si Libro NO
Gestión funeraria	Si	☒ Tramitación UUW
Carroza traslado	X HOSPITAL - COMPLEJO	
Prensa	NO	
Radio	NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	NO	
Turismo	id. Lager cura S. día 13:20	
Certificado médico	X SI	Registro Civil X SANTIAGO
Carroza		Personal
Ayunt.º Sepultura		
Iglesia	X CAPILLA COMPLEJO	CUSTODIA PATICAR
Incineración	X Se: 14:15	Urna: / BASICA
Presencian	☐ SI ☒ NO	Destino
Cantores	NO	Funeral X Luan Ventura 60
Flóres	X Aceto 24RB "Tus sobrinos y familia"	
	(certa de Suelo)	
NO PRESENCIAN / NO SE DESPIDEN		

☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre ELENA OURO ÁLVAREZ D.N.I. Nº 34184626-W
id. de los padres CÉSAR / SEGUNDA
Naturaleza ANTAS DE ULLA Provincia LUGO
Día, mes y año de nacimiento 21 DE DICIEMBRE DE 1938
Profesión _____ Estado SOLTERA Domicilio RUA DO FRANCO, N°50
2º B. SANTIAGO DE COMPOSTELA
Fecha: 03:41 horas del día 30 de AGOSTO de 2025
Fallecimiento: Domicilio HOSPITAL LA ROSALEDA
Cementerio CREMATÓRIO COMPLEXO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO
Cónyuge: _____ Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____
D/ña. ELENA OURO ÁLVAREZ LA SEÑORA
falleció en _____ en el día de _____ a los 86 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____
Su esposo/a _____
Hijos ESQUELA GENERAL
Hijos políticos SU FAMILIA
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



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105714556

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Aniela del Valle Caslaio Lozano ARUNA
D. / Dña. A Coruña
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en Santiago de Compostela
y con ejercicio profesional en Santiago de Compostela
e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

1	5	2	7	0	3	8	7	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:						
<i>Nome do falecido/a:</i>						
1º Apellido del fallecido/a:						
<i>1er Apellido do falecido/a:</i>						
2º Apellido del fallecido/a:						
<i>2º Apellido do falecido/a:</i>						

Fecha de nacimiento Día Mes Año Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Data de nascimento Dia Mes Ano Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 34184626-W
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción

Hora : minutos :
 Día
 Mes
 Año

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

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabalho ☐ 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*¹

I. Causa immediata² / Causa immediata²

(a)

s	e	p	s	i	d	e	a	r	j	e	n	t	e	s	p	a	r	t	a	m
y	c	u	t	a	n	e														

Horas	Días	Meses	Años

Horas	Días	Meses	Años
Horas	Días	Meses	Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) Neumonía De pecho

Horas	Días	Meses	Años
Horas	Días	Meses	Años

Debido a/Debido a

(c) DEGRADABLE PLURAL [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Horas Días
Horas Días

Meses Años
Meses Años

Horas	Días	Meses	Años
<i>Horas</i>	<i>Días</i>	<i>Meses</i>	<i>Años</i>

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d)

 Horas
 Días
 Meses
 Años

Horas	Días	Meses	Años
Horas	Días	Meses	Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

[illegible]

Horas	Días	Meses	Años
Horas	Días	Meses	Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta?/Houbo indícios 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 Si/ Si ☐ Accidente laboral Si/ Si ☐

Fecha del mismo: Día 30 Mes 08 Año 2025
Data do mesmo: Dia 30 Mes 08 Ano 2025

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 de Compostela, a 30 de Agosto de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

HOSPITALES
DANIELA DEL VALL CASTRO LOZADA
Nº Col. 1172703873

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 ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐ 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.

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 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 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 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 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 ☐ 3 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ Horas Días Meses Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐ Horas Días Meses Anos

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐ Horas Días Meses Anos

Otras 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.

Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licenza para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vinte e catro horas desde o momento da morte.

Regulamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licenza esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falecemento, a licenza tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estender a inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA
Téndose inscrito no Rexistro Civil de ELENA OURO ALVAREZ
la defunción de don/a 03 : 41
a defunción de don/a 03 : 41
ocurrida a las 03 : 41
ocurrida ás

horas del día 30
horas do día 30
de AGOSTO de 2025

según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa del fallecimiento:

do fallecimiento
concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as

sean las 12 ~~veinticuatro~~ horas siguientes a la del fallecimiento.
12 ~~veinticuatro~~ horas do falecemento

Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA
Rexistro Civil de

A 30 de AGOSTO
O 30 de AGOSTO
de 2025
de

A LETNADA



