

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: FRANCISCO SOUTO RIVERA
Fecha de fallecimiento 2- Septiembre - 2025
Domicilio HOSPITAL DE CONCHO.
Teléfonos: 676 10021 (Javier) E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	CJ	Medida 1'90.
Capilla ardiente	CALO 2	Sala Prep. Si ^{Cuando se} Libro ^{de} Cargo
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	Hospital, Complejo, Tanatorio Calo	
Wigwags	NO	
Prensa	18.45	
Radio	NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	NO	
Turismo	Id.	
Certificado médico	Si	Registro Civil SANTIAGO
Carroza	Personal	Personal SACRISTAN (B.E.) 60
Ayunt.º: Sepultura	ROJO	CALO X ABEL PATRONATO.
Iglesia		CALO
Inchiración	Úrna:	
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	NO	Funeral: ZACARIAS 140 (110974)
Flóres	Centro 18 R/B E/C "TU FAMILIA"	
☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		

~~ESQUEL POR IGLESIA + CATERIO~~

ST: 438
COP
LA BOUTA TUE
OALCHABO

FALLECIDO: Nombre FRANCISCO SOUTO ROMERO D.N.I. Nº 33.123.139-B
id. de los padres JOSÉ / MARÍA TRINIDAD
Naturaleza ROS Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 1 - JUNIO - 1939
Profesión Estado CASADO Domicilio CAMINO DE RIXÓ, 43.
CALO . TEO .

Fallecimiento: Fecha: 14:15 horas del día 2 de Septiembre de 2025
Domicilio HOSPITAL CONXO,
Cementerio CALO Ayunt.º TEO,

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. () D.N.I.

domiciliado en

D/ña. L SEÑOR FRANCISCO SOUTO ROMERO

falleció en en el día de 29/25 a los 86 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a LOLA DELORES CASTRO CASTRO

Hijos MARGA, JAVIER Y CRISTINA SOUTO CASTRO

Hijos políticos CHIQUI PARGA Y LUIS MARTINEZ

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos SI

Hermanos políticos ESTHER GARCIA, VIUDA DE PERE CASTRO CASTRO

MANUELA Y ANGELES CASTRO CASTRO;

AGUSTIN ISORNA Y MANUEL CAMPANA.

ANTIA, UXIA Y MARTIN

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción MIÉRCOLES

Funerales 18:45

en la iglesia de SAN JUAN DE CALO

CASA MORTUORIA: TANATORIO DE CALO, SALA 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

IDESPAIU113614633123139B<<<<<
3906011M9901018ESP<<<<<<<<<8
SOUTO<ROMERO<<FRANCISCO<<<<<<<

IDESPBJW141725652453988G<<<<<<
6701251M2906173ESP<<<<<<<<<<8
SOUTO<CASTRO<<FRANCISCO<JAVIER



Colegio de



Colegio de

105614010

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dña.

Pablo José Pardo Guzmán
 en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña, con el número
 en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en Santiago de Compostela, co número
 y con ejercicio profesional en
 e con exercicio profesional en

Colegio actual/
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

15151Y22P

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

FRANCISCO

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

SOUTO

1er. Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

RONERO

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día 01

Mes 06

Año 1939

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐Documento
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

33123139-B

Documento
de identidad:☐

Pasaporte

Número:

☐

Pasaporte

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

Día 02

Mes 09

Año 2025

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Día 02

Mes 09

Año 2025

¿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 ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b) INSUFICIENCIA HEPÁTICA

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) ADENOCARCINOMA DE PROSTATA

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años

¿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
Accidente de tráficoNo/Non ☒
Sí/ Si ☐Accidente laboral
Accidente laboralNo/Non ☒
Sí/ Si ☐Fecha del mismo:
Data do mesmo:Día ☐Mes ☐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 Santiago, a 02 de Septiembre de 2015

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 ☐ ☐

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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ 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

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ 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 pela **causa imediata** 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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ 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 ☐ ☐ Días ☐ ☐ 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.



Materia y procedimiento: **Defunción - Inscripción de Defunción**

Oficina tramitadora: **OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

ENCARGADA REGISTRO CIVIL

En **Santiago de Compostela** a **03** de **SEPTIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **FRANCISCO SOUTO ROMERO** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33123139B** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **02** de **09** de **2025** a las **14:15** horas, acaecida en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para **dar sepultura/incineración** el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde la del fallecimiento.



