

OTROS CONCEPTOS

ENTRO (Var. 1) **PAGADO** LAS AMIGAS
DE UADIA SOSÉ **ENTRÓ 1306**
entre 24 asonbl. **PAGADO** **COMPAGNONS** de 17^o Jose
ENTRÓ 1307

FALLECIDO: **U^o Dolores Blanco Boulton** ST: 103
Fecha de fallecimiento: **9-9-2025**
Domicilio: **H. Clínico / República Lechada y Pte - Santiago**
Teléfonos: **609 462 773** E-mail: **/**

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo X CA	Medida 1'90	611'50
Capilla ardiente X BENTANIANOS - 2	Sala Prep X Si Libro X Si	556 + 54 + 28'50
Gestión funeraria X Si	☐ Tramitación UUVU	123
Carroza traslado X HOSPITAL CLINICO - TANI BENTANIANOS		104
Miércoles 17:30		
Prensa	X Aveo - 3	375
Radio	10	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	120	494
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	id. SALE AL CANTATORIO	
Certificado médico	X 9 Registro Civil: X Santiago	3
Carroza	X COCHE Personal X FLORES	128'50
Ayunt.º: Sepultura	PUION X PIVELLO X RECOSIDA RESTOS	220
Iglesia	San Felix de Buion	(125 + 30 + 16'10)
Incineración	Urna:	X 55 70
Presencia	☐ SI ☒ NO	
Cantores	X ANA Funeral:	X 170 (111354)
Flores	X Con 12 sup. flores: Schinas y S. pellice	143
	X Cenilo A. Flores: Velas y velas	143
	Pla. Varido 2	
X Sudario ☐ Cubrefúntos X Acondicionamiento ☐ Rosario		27'10
		731'50

SIN: 01202520045523
PR: 02000068041426

FALLECIDO: Nombre u^a Dolores Blanco Bouillon D.N.I. N° 33078498-C
id. de los padres Jesus - America
Naturaleza Santiago Provincia Cauque
Día, mes y año de nacimiento 9-02-1934
Profesión Sahada y-7c Estado u^a B. m. Domicilio Republica del
Santiago
Fecha: 04.10 horas del día 9 de Septiembre de 2015
Fallecimiento: Domicilio Republica del Sahada y-7c Santiago
Hospital Clinico - SANTIAGO
Cementerio San Felix de Buon Ayunt.º Buon

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. () D.N.I.

domiciliado en

D/ña. u^a Dolores Blanco Bouillon L SEÑOR

falleció en Republica Sahada - Santiago en el día de 9.9.2015 a los años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a Sobrina: u^a del German Garcia Blanco, u^a Jose

Hijos Susana y Olga Patricia Blanco Varquez

Hijos políticos Sobrina politica: Adolfo Rubio poro y Jorge Gonzalez Garcia

Padres nieta: Minia y Adolfo Rubio Blanco; Paula y Manuel
Abuelos Gonzalez Blanco; Maque y Rado Torron Blanco

Padres políticos

Hermanos nieta politico: Pedro Izquierdo Lopez-Cepero

Hermanos políticos Reman familiar

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Primos

y demás familia.- Conducción

Funerales Miércoles 12.30

en la iglesia de San Felix de Buon

CASA MORTUORIA: Apóstol

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
BLANCO

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
BOULLON

NOMBRE / NOME
MARIA DOLORES

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
09 02 1934

IDESP
AGZ100128

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

BBM

DN I NUM.
33018498C

Maria Dolores Blanco Bouillon



FALLECIDA

DECLARANTE


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105847886

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. FRANCISCO JUAN ALONSO ALVAREZ

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

A CORUÑA

y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

SANTIAGO

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

15 10460

1ª colegiación
1ª colexiación
CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARIA DOLORES

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

BLANCO

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

BOULLON

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

33018498-0

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

Día

Mes

Año

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

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

SANTIAGO

Domicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de trabajoOtro lugar
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
I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

 (a) PULMONAR AGUDA DEBIDA A
 Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

 (b) INSUFICIENCIA RENAL
 Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

 (c)
 Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

 (d) SEPTICA
 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 tráfico

No/Non

Accidente laboral

No/Non

Sí/Si

Accidente laboral

Sí/Si

Fecha del mismo:

Día

Mes

Año

Data do mesmo:

Día

Mes

Año

 Continúa al reverso
 Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Si ☒ 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 9 de 9 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 dizer, 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: "Enfermedad 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 a 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) Hemorragia cerebral

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días 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, anotaranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermedade 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 Días Meses Años

II

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 ambigüedades.
- 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 **10** de septiembre de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA DOLORES BLANCO BOULLÓN**, que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33018498C**, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **09** de **09** de **2025** a las **04:10** 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.



