

OTROS CONCEPTOS

- Ca^{2+} channels: T-type, L-type, P/Q-type, R-type, N-type, K-type, etc.
- Ca^{2+} receptors: G-protein coupled receptors (GPCRs).

PLACA BISELADA 15x10 CONFIRMAR BORDO

JUAN PRESURISTO A: SMART@ELECTION.ES

14. maximizing Santiago maximizing 2020

2019 EASTON SMART @ COLLECTION ES

DE PROPOS - Aves

FAI I ECIDO:

Maná del Patrimonio Embudo Rojo

887.75

Fecha de fallecimiento 28 Septiembre 2025

H-las Roca 322/R. XENERSC 322/1

Teléfonos: 692679835 (Heredas)

CONCEPTOS

E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	Pácoras	Medida	1'3 Cornah 2100 48
Capilla ardiente	CERVANTES	Sala Prep.	Si Libro Si 57612510
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUVV	15450
Carroza traslado	X LA ROSACAS - COMPLEJO		5650
Prensa	X CORNEO - 4		460
Radio	* PIACA		210'00
Recordatorios fúnebres	Amistades sin parolada 20		63
Ómnibus acompañamiento	X DAVID		56'00
Turismo	id. X 16:40 recoger en casa		
Certificado médico	X Si	Registro Civil:	3
Carroza		Personal	158'30 + 180
Ayunt.º: Sepultura	BISACA SEP 4604		150
Iglesia	Capilla Complejo		151
Incineración	Urna:		60
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino	112598
Cantores	Si FELISA	Funeral:	X JUAN VENTURA
Flóres	X CORONA R.B.: "TU FAMILIA"		165
	1 CENTRO F.V.: SIN CINTA		62
			31'00
			65 40

☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

~~X~~ smarta elections

FALLECIDO: Nombre MARIA DEL PATROCINIO SANTIAGO MARTIN D.N.I. Nº 33022517-Z
id. de los padres JULIO Y PEAR
Naturaleza VILLACANAS Provincia TOLEDO
Día, mes y año de nacimiento 20 - ABRIL - 1925
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio XENERAL PARDINAS, 1 - 4º D
SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 14:25 horas del día 28 de SEPTIEMBRE de 20 25
Domicilio H. LA ROSALEDA
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre Fta: Memoria Servicios funerarios Internacionales S.L
B-50851914 - c/ Juan Bosco 58 - Zaragoza C.P 50009
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página (Voluntar fta por Email)
DECLARANTE D. JOSE MARIA SANTIAGO MORALES (SOBRINO) D.N.I. 33276293-P
domiciliado en LUGAR DE PEDRAS, 8 - AMES

LA SEÑORA

D/ña. MARIA DEL PATROCINIO SANTIAGO MARTIN
(VIUDA DE MARIO GUTIERREZ OROSCO) (VECINA DE SANTIAGO)

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 JULIO (H), JOSE MARIA (H), PEAR Y JUANA MARIA SANTIAGO MARTIN

Hermanos políticos NO

SOBRINOS Y DEMAS FAMILIA

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ 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

105796564

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello de Galicia

D./Dña. Gina Patricia Huelvano Morales

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña, con el número 151513259
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en Medico., co número
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151513259

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: MARIA DEL PATROCINIO
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: SANTIAGO
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: MARTINO
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 04 Año 1925 Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Data de nacemento: Día 20 Mes 04 Ano 1925 Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33022517-X
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 14:25 Día 28 Mes 09 Año 2025
Hora e data da defunción: Hora : minutos 14:25 Día 28 Mes 09 Ano 2025

¿En qué municipio ocurrió la 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 traballo ☐ 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 aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA
Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)
Debido a/Debido a

(c)
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INFECCION RESPIRATORIA
Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

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

Si/ Si ☐ No/ Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/ 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 ☐ Mes ☐ Año ☐
Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Ano ☐

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 Stgo Compostela, a 28 de Septiembre 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 45 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 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

Horas Días Meses Años 5

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 10

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 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 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 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 45 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 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 2 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 Horas Días 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 Días Meses Años 10

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

Horas Días Meses Años 5

Outras recomendacións

- Empregar máiusculas 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 29 de **SEPTIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA DEL PATROCINIO SANTIAGO MARTINO** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33022517Z** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **28** de **09** de **2025** a las **14:25** 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.



