

OTROS CONCEPTOS

web

~~Centro 18RB: Medicina Bucal~~ **PAGADO** Facultad de Odontología
 Odontología Servicio Medicina Oral, Cirugía Oral e Implantología Facultad de Odontología
 2/ Enterríos s/h - 15782 - Santiago
 01518001A - 606647295
 maria.garcia.ferreiro@usc.es

~~Centro 18RB: Cirugía Bucal~~ **PAGADO** Cirugía TPV (S.178)
~~Centro 40RB: Farmacia~~ **PAGADO** Farmacia Web (S.180)
~~Centro 18RB: Cirugía Bucal~~ **PAGADO** Cirugía Bucal Web (S.181)
~~Centro 18RB: Cirugía Bucal~~ **PAGADO** Cirugía Bucal Web (S.181)

~~Centro 40RB: Turismo~~ **PAGADO** Turismo de Hostas efektiv
 adria Hostas Servicios S.L - B155237
 Adriana Milladoiro, Rúa Oliveira, 95-A - Ames
 atas@hostas.com / 679631782

~~Centro 18RB: Cirugía Bucal~~ **PAGADO** Cirugía Bucal Web (S.181)
 web

Rafael González Rdez

FALLECIDO:

JOSE OTERO GOMEZ

Fecha de fallecimiento 28 DE ENERO DE 2010

Domicilio HOSPITAL CLINICO

(HITA)

Teléfonos: 649.116.177 Ga E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 1'90		1121
Capilla ardiente TOURAL	Sala Prep. S. Libro Si		656 55 2885
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUW		177
Carroza traslado	HOSPITAL AL CORREO		109
Prensa	CORREO, 2		210
Radio	NO		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO		
Ómnibus acompañamiento	NO		
Turismo	id. en casa formaron		46
Certificado médico	Si	Registro Civil: SANTIAGO	3
Carroza	Personal		125 110 13270
Ayunt.º Sepultura	Boisaca 8664	Pinelo	150
Iglesia	CAPILLA DEL CORREO		154
Incieneración	Uma: Balsa		1650
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino: 121984	
Cantores	NO	Funeral: Xrs Soma	60
Flores	CORONA R/R TU ESPOSA		146
	CORONA R/B TUS HIJAS E HIJAS POR		146
	CORONA R/B R/B E/C		75
	TUS NIETOS		7420
	Extracción Huesos		3550
	Acondicionamiento	Rosario	7530
	Sudario	☒ Cubredifuntos	VESTR

FALLECIDO: Nombre JOSÉ OTERO GONZÁLEZ D.N.I. Nº 33158469J
id. de los padres MANUEL + RUFINA
Naturaleza AZULÁ Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 12 DE OCTUBRE DE 1943
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio TRAVESÍA DO CEUDAL, 19 - SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 11:10 horas del día 28 de ENERO de 2026
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO - SANTIAGO
Cementerio CEMENTERIO DE BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre MARIA DEL CARMEN REY BERTUÓDEZ

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____

domiciliado en _____

D/ña. JOSÉ OTERO GONZÁLEZ L SEÑOR
(NATUR. de AZUL) (Vecino de Santiago)
falleció en (Taxista jubilado) en el día de 28/1/26 a los 82 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a CARMEN REY BERTUÓDEZ

Hijos AS SONIA Y EVA OTERO REY

Hijos políticos FERNANDO SANTOS CAIÑO Y OSCAR IGLESIAS VARELA

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos AS AUREA Y ESTHER OTERO GONZÁLEZ

Hermanos políticos SI

HUGO, UXÍA, FERNANDO Y ALEX

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos SI Sobrinos SI Primos SI

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

DECLARANTE

105974794

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

D./Dña.
D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

ma Juvenalada Otero
Santiago de Compostela
CHVS

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

4301
1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

JOSE
OTERO
GONZALEZ

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 12

Mes 10

Año 1943

Sexo:

Sexo:

Varón X

Mujer

Documento
de identidad:

X

D.N.I.

Número:

33458469-3 corregido

Documento
de identidad:

Pasaporte

Número:

Pasaporte

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

11:10

Día 28

Día

Mes 03

Mes

Año 2026

Año

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

Santiago de Compostela

Domicilio particular

Centro hospitalario X

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 aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Causas intermedias / Causas intermedias

(b) ISQUEMIA MESEMERICA

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) ISQUEMIA MESEMERICA

II. Otros procesos / Outros procesos

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

Sí/Si

No/Non X

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Si

No/Non X

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?:

Accidente de tráfico No/Non X

Accidente de tráfico Si/Si

Accidente laboral No/Non X

Accidente laboral Si/Si

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

¿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 28 de 03 de 2026

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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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 00 Días 00 Meses 00 Años 00

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. **Se anota 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 00 Días 00 Meses 00 Años 05

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 00 Días 00 Meses 00 Años 10

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 pela **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 00 Días 45 Meses 00 Anos 00

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 00 Días 00 Meses 00 Anos 00

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 00 Días 00 Meses 00 Anos 00

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 00

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron a 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 00 Días 00 Meses 00 Anos 10

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 00 Días 00 Meses 00 Anos 15

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.



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 **ENERO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a JOSÉ OTERO GONZÁLEZ que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 33158469J según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **28 de enero de 2026** a las 11:10 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.



