

OTROS CONCEPTOS

PAGADO

Costo Mod. J. Campana Antevenera Web

FALLECIDO: MIRIAM JOSEFINA, BERNAL RAMIREZ

Fecha de fallecimiento 2 - MARZO - 2026

Domicilio H. CLINICO - SANTIAGO (A Pk de Cuernavaca)

Teléfonos: 608.299.023 (KARLA) E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida	1'80
Capilla ardiente	CERVANTES	Sala Prep.	Si Libro NO
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUW	
Carroza traslado	HOSPITAL - TANATORIO		
Prensa	—		
Radio	—		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	—		
Ómnibus acompañamiento	—		
Turismo	—	id.	—
Certificado médico	Si	Registro Civil:	SANTIAGO 3
Carroza	—	Personal	Si 132'70
Ayunt.º: Sepultura	—		
Iglesia	—		
Incineración	MORTES (12'00)	Urna:	BIODEGRADABLE 360 (AZUL)
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino	—
Cantores	—		
Flores	12 ROSAS BLANCAS: TU FAMILIA 75		

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

50'65

75'30

31-12-2025
ST-127
SC-67

70'12A 0350030021171

FALLECIDO: Nombre MIRIAM JOSEFINA, BERNAL RAMIREZ NIE: 42936524 J
id. de los padres MANUEL Y GUILLERTINA
Naturaleza CARACAS Provincia VENEZUELA
Día, mes y año de nacimiento 16 - DICIEMBRE - 1955
Profesión Estado DIVORCIADA Domicilio RUA VENECIA, 48
A POBRA DO CARAMEAL (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 630 horas del día 2 de MARZO de 2026
Domicilio HOSPITAL CLINICO - SANTIAGO
Cementerio CREMATARIO COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. KARLA KARELY ELIZANDRE BERNAL (HIJA) D.N.I. 78140755A
domiciliado en C/ VAZQUEZ DE TARGA, 100 - 2ºB - CARBALLO (A CORUÑA)

L SEÑOR

D/ña.

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

Hermanos políticos

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



Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105971514

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. ELISA CAMPOS CABALLERO
D. / Dña. A CORUÑA
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA
y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
e con exercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA

Colegio actual
Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
151514030
1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: MIRIAM JOSEFINA
Nome do falecido/a: MIRIAM JOSEFINA
1º Apellido del fallecido/a: BERNAL
1er Apellido do falecido/a: BERNAL
2º Apellido del fallecido/a: RAMIREZ
2º Apellido do falecido/a: RAMIREZ

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 16 Mes 12 Año 1955
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☐ D.N.I. Número: ☐
Documento de identidade: ☐ D.N.I. Número: ☐
☐ Pasaporte Número: ☐
☐ Pasaporte Número: ☐
☒ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: Y-2936524-J
☒ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número: Y-2936524-J

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora: minutos 06:30 Día 02 Mes 03 Año 2026
Hora: minutos 06:30 Día 02 Mes 03 Año 2026

¿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 trabajo ☐ Outro lugar ☐

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

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) ANOXIA
Debido a/Debido a
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b) INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
AGUDIZADA PRERRENAL
Debido a/Debido a
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

(c) INSUFICIENCIA CARDÍACA
Debido a/Debido a
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) CARCINOMA DE MAMA ESTADIO IV
CON METÁSTASIS PULMONARES
Debido a/Debido a
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
CARDIOPATÍA DILATADA ISQUÉMICA
CON FEVU DEPRIMIDA
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? ☐ No/Non ☒
¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? ☐ 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/Sí ☐ Accidente laboral ☐ Si/Sí ☐
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/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 Chile, a 2 de marzo 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 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

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 1 0

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 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 transcorrido 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 excluyentes, 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 4 5 Meses Años

2 Causa imediata:

(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 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 1 0

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 1 0

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 **02** de **MARZO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MIRIAM JOSEFINA BERNAL RAMÍREZ** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **NIE Y2936524J** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **02 de MARZO DE 2026** a las **06:30** 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.



