

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: LUZ DILIANA GARCIA MARTES

S.T. 241

Fecha de fallecimiento 6. Abril-2026

Cremer. 101

Domicilio H. Clínico

Teléfonos: E-mail:

Def. Conc

CONCEPTOS	Servicio pres
Arca modelo <u>70.</u> Medida	
Capilla ardiente Sala Prep. Libro	
Gestión funeraria ☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado <u>Viene</u>	
Prensa <u>Proo</u>	
Radio	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	
Ómnibus acompañamiento	
Turismo id.	
Certificado médico <u>X</u> Si <u>Stgo</u> Registro Civil: <u>X</u>	
Carroza Personal	
Ayunt.º: Sepultura <u>Certif. Estación Carraia</u>	
Iglesia	
Incineración Urna:	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores Funeral:	
Flores <u>X</u> <u>Has 712 Anexo 11 Digital</u>	
☐ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario	

FALLECIDO: id. de los padres Naturaleza Día, mes y año de nacimiento Profesión Estado Domicilio

Fallecimiento: Fecha: Domicilio Cementerio

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. () D.N.I.

SEÑOR L D/ña.

falleció en a los años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposa/a

Hijos

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos Bisnietos Tíos Sobrinos Primos

y demás familia.- Conducción

Funerales

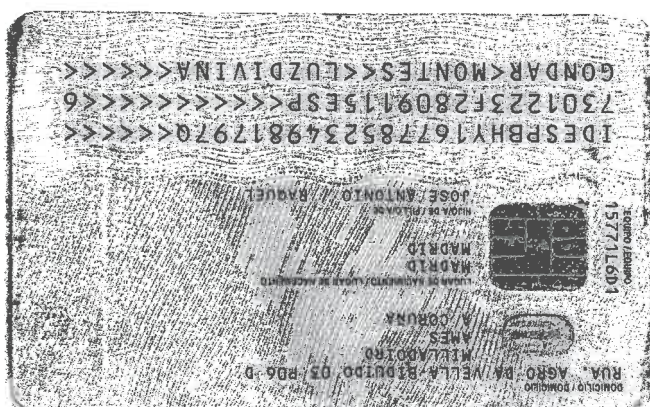
en la iglesia de

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

Falsified





Causas de defunción [ver instrucciones en página 2] / Causas de defunção (consultar instruções na página 2)		Intervalo de tempo aproximado	
I. Causa inmediata² / Causa imediata²			
(a) PARADA CARDIOPULMONAR Debido a/Devido a	(b) Causas intermedias ³ / Causas intermediárias ³ Debido a/Devido a	(c) Causa inicial o fundamental ⁴ / Causa inicial ou fundamental ⁴ Debido a/Devido a	
(d) ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD Otro proceso ⁵ / Outros processos ⁵			
II. Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indícios de morte violenta?			
☐ SI / SI ☒ No / Non ☒ No / Non			
? Se practicó autopsia clínica / Praticouse autópsia clínica?			
☐ SI / SI ☒ No / Non			
La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de: / A defunção ocorreu como consequência direta ou indireta de: ☐ Accidente de tráfico ☒ No / Non ☐ Accidente laboral ☒ No / Non ☐ Si / Si ☐ Mes ☐ Año ☐ Día Fecha del mismo: ☐ Mes ☐ Año			

CERTIFICADO la defunción de / CERTIFICO a defunción de																								
Nombre del fallecido/a: LUZDIVINA										Nombre do falecido/a:														
1º Apellido del fallecido/a: GONZALEZ										1º Apellido do falecido/a:														
2º Apellido del fallecido/a: MONTES										2º Apellido do falecido/a:														
Fecha de nacimiento Día 22 Mes 01 Año 1973										Data de nascimento Dia 22 Mes 01 Ano 1973														
Documento ☒ D.N.I. Número: 34981797-0										Documento ☐ D.N.I. Número: ☐ Pasaporte Número: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:														
de identidad: ☐ Pasaporte Número: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:										de identidade: ☐ Pasaporte Número: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:														
Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 12 : 45 Día 06 Mes 04 Año 2026																								
Hora e data da defuncão Hora : minutos 12 : 45 Dia 06 Mes 04 Ano 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 ☐																								

[illegible]

?Existen riesgos infecciosos?/Existen riesgos infecciosos?

SI/ SI ☒ No/Non ☐

Enfermedad infecciosa/Enfermedad infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

?Posibilidad de incineración?/Posibilidad de incineración

SI/ SI ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineración condicionada por:

☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos

☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamiento con isótopos radioactivos

☐ Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En **Sanitico de**
En **COMPOSTA**

a 06 de

ABRIL

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 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 1.(a) debe ser inferior o igual a 1.(b), y éste a su vez inferior o igual a 1.(c) e 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 a lo más un número 99.

Ejemplo:

Para mes y medio, anotar 45 días

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.

3 Causas intermedias:

(b) y (c) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa indicada.

Se o estado patológico señalado en la línea (a) fue consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotará en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

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 responsable de todo el proceso que ha llevado a la defunción. En caso de accidente o violencia, se hará una breve descripción de las circunstancias.

Para mes y medio, anotar 45 días

Ejemplo:

Para mes y medio, anotar 45 días

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.

3 Causas intermedias:

(b) y (c) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa indicada.

Si el estado patológico señalado en la línea (a) fue consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotará en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

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 responsable 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

Para mes y medio, anotar 45 días

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

Para mes y medio, anotar 45 días

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,

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.

Mod. CMD-BED-G



02

1. Emplear abreviaturas e/ou siglas.
2. Evitar certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
3. Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
4. Se fose preciso anotar mais dunha enfermidade en cada apartado, separarlas 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.

Otras recomendaciones

1. Emplear abreviaturas e/ou siglas.

2. Evitar certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.

3. Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.

4. Se fose preciso anotar mais dunha enfermidade en cada apartado, separarlas 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.



SERVIZO
GALEGO
DE SAÚDE

ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA E BARBANZA

Xacobeo  2027

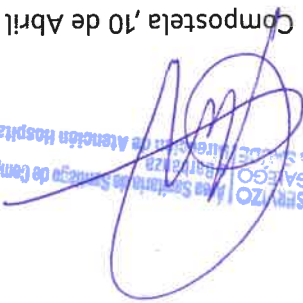
A/A: Funeraria

ASUNTO: Certificado de estancia en cámara.

Don Luis Gonzalez Taboada, Director de Atención Hospitalaria da Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza,

CERTIFICA:

Que Dona LuzDivina Gonder Montes con DNI 34981797Q faleceu o 6 de Abril do 2026 no Hospital Clínico de Santiago de Compostela, permanecendo o cadáver na cámara ata o día de hoxe.


SERVIZO GALEGO DE SAÚDE
Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza
Unidade de Atención Hospitalaria

Santiago de Compostela, 10 de Abril do 2026

Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela
Travesía da Choupana, s/n
15706 Santiago de Compostela





MINISTERIO
DE JUSTICIA

MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de LUZDIVINA GONDAR MONTES con documento identificativo DNI núm. 34981797Q según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el 6 de abril de 2026, a las 12:45 horas, acaecida en Santiago de Compostela.

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

En Santiago de Compostela a, 10 de abril de 2026.



