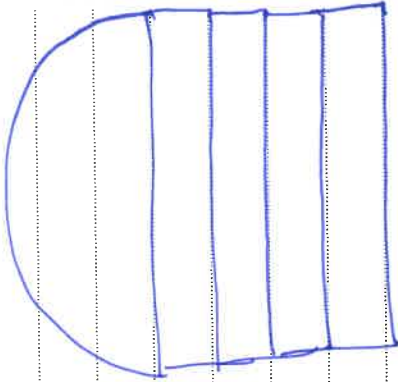


OTROS CONCEPTOS

Centro F.V.1 Glauco: Folios Argentino
(V2.183) **PAGADO**
Carroza R: Folios Argentino, familia efectiva recep.
PAGADO
Centro 188 R: Folios Argentino, Antonio efectiva recep.

501729690
RR'SOTDV



32.2020.0320.2230.0007.2983

Alfonso Balo Tejo

FALLECIDO: ALFONSO BALO GARCIA

Fecha de fallecimiento 18 DE ABRIL DE 2016

Domicilio HOSPITAL DE CONCHO

Teléfonos: 615944440 Lucila E-mail: chafa.lucia@gmail.com

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida
Capilla ardiente	ROBRADORO	Sala Prep. Libro si
Gestión funeraria	si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	H-Concho - Concho	
	Carroza, 2	
	Prensa	
	Radio	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	Radio	
Ómnibus acompañamiento	Inscripción	370
Turismo	id. dale al Concho	
Certificado médico	si	Registro Civil: Stgo
Carroza	si	Personal si
Ayunt.º: Sepultura	Foxás - Pinelo	
Iglesia	Capilla Concho Apóstol	
Incineración	Urnas: Concho (cujá lina)	100? 120?
Presencia	si ☐ NO	Destino
Cantores	X FeQsa	Fran Buide
	Carroza RR: Tu espala	
	Carroza RR: Tu meta	
	Carroza RR: Juana y Juana	
	Extra con Concho	

☐ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre ALFONSO BALO GARCIA D.N.I. Nº 331909617
id. de los padres MANUEL Y MARIA MANUELA
Naturaleza TOURO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 12 DE MAYO DE 1939
Profesión _____ Estado Casado Domicilio Rúa Castelar, 19-
Paredes - Laxeiro - 1º tipo

Fallecimiento: Fecha: 06:45 horas del día 18 de ABRIL de 2026
Domicilio HOSPITAL DE CONTO - SANTIAGO
Cementerio Foxás Ayunt.º Touro

Cónyuge: Nombre Factura a nombre fallecido Cargar en Cto.:

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. MARIA LUCILA CALVO PAIS (Apoderada -) D.N.I. 33282957W
domiciliado en Teo - Vila 7 B - Cacheiras

D/ña. ALFONSO BALO GARCIA L SEÑOR (Vecino de Paredes - Laxeiro - Santiago)

falleció en (Natural de Foxás - Touro) en el día de 18/4/26 a los 87 años
confortado con los Auxilios Espirituales (Celador Intubado H-Clinica - 1º tipo)

Su esposo/a Maria del Carmen Calvo Pais

Hijos NO

Hijos políticos Nieta: Maria Teresa Ballo Martinez y demás familia -

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

18/4/26
06:45
19:00
19:00
19:00

ESPAÑA  DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



DNI 33190961Y

APELLIDOS / APELLIDES

BALÓ
GARCIA

NOMBRE / NOME
ALFONSO

SEXO / SEXO
M

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
12 05 1938

NÚM. SUPLENTE

VALIDEZ / VALIDADE

DNI 155263 01 01 9999

Alfonso Baló García

978368

DOMICILIO / DOMICILI

LGAR. IGREXA FOXAS 7
TOURO
A CORUÑA

Equipo / EQUIPO
157711601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
TOURO
A CORUÑA

HUJIA DE / FILLOA DE

MANUEL / MARIA MANUELA

IDESPBDN155263133190961Y<<<<<<<
3805125M9901018ESP<<<<<<<<<<<<0
BALO<GARCIA<<ALFONSO<<<<<<<<<<<

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33282957W

DNI 33282957W

APELLIDOS / APELLIDOS
CALVO
PAIS

COGNOMES / NOMES
MARIA LUCILA

SEXO / SEXO ~ NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

NACIMIENTO / NACIMENTO
24 02 1971

EMISION / EMISAO VALIDEZ / VALIDEZ
24 03 2025 24 03 2035

NUM SOPORTE
CKD108337

077248

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR: VILAR 7B
CACHEIRAS
TEO
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HIJO/A DE : FILLO/A DE
JESUS / MARIA DEL CARMEN

EQUIPO EQUIPO
15771601

IDESPCKD108337933282957W<<<<<<<
7102246F3503247ESP<<<<<<<<<<<<<3
CALVO<PAIS<<MARIA<LUCILA<<<<<<<

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105968934

Colegio de

Contexto de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D./Dña.

MARTO ALONSO RODRIGUEZ

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
y con ejercicio profesional en
y con ejercicio profesional en

A CORUÑA

con el número
co númeroColegio oficial
Colegio oficialNº de colegiado
Nº de colegiado

151514225

Nº de colegiado
Nº de colegiado

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

ALONSO

1º Apellido del fallecido/a:

BALO

2º Apellido del fallecido/a:

GARCIA

Fecha de nacimiento

Día

12

Mes

05

Año

1938

Sexo:

Varón

X

Mujer

Data de nascimento

Día

12

Mes

05

Año

1938

Sexo:

Varón

X

Mujer

Documento

X

D.N.I.

Número:

33190961-Y

Documento

Pasaporte

Número:

Documento

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora: minutos

06:45

Día

13

Mes

04

Año

2026

Hora y fecha de la defunción

Hora: minutos

06:45

Día

13

Mes

04

Año

2026

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

SANTO DE CROSTELA

Domicilio particular

Centro hospitalario

X

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Otro lugar

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 instrucciones na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b) INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
Años

AGUDIZADA

Debido a/Debido a

(c) INSUFICIENCIA CARDIACA

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
AñosCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) DIARREA INFECCIOSA

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
Años

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

SI/SI

No/Non

X

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

SI/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

Accidente laboral

No/Non

X

Accidente de tráfico

SI/SI

Accidente laboral

SI/SI

Fecha del mismo:

Día

Mes

Año

Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso

Continúa ao reverso

Mod. CMD-BED-G

□□□□□□

□□

1 2 3 4 5 (ver instrucciones en página 2)

(consultar instrucciones na páxina 2)

01

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

SI/Se: ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

SI/Se: ☒ 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 ANTHAGO a 18 de ABRIL de 2020

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 89.

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) Preleucemia 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

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

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

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

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, separadas 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.

Mod. CMD-BED-G

□□□□□□

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cumprimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se termine com a causa inicial ou fundamental, é dizer, numa ordem natural de arriba para a abaixo, respondendo as palavras "devido a" que facilitam a compreensão do conceito de sequência lógica, tão importante para a seleção da Causa Básica de Defunção.

Causa básica de defunção: "Enfermidade ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal"

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcorrido entre o começo de cada afecção e o momento da defunção, de tal forma que o tempo anotado no apartado I (a) deve ser inferior ou igual a I (b), e este a sua vez inferior ou igual ao I (c) e así sucessivamente.

Estas unidades são mutuamente excluyentes, é dizer, há que expressar o período numa única unidade de tempo e tan só há que encher unha por proceso e liña. Si houber que anotar máis dun proceso numa liña, o tempo anotado debe corresponder ao primeiro proceso informado (o máis importante).

Nota: Cada unidade de tempo admite ata o número 89.

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) Hemorraxia cerebral

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

3 Causas intermedias

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que produciu a causa arriba indicada.

Se o estado patolóxico sinalado na liña (a) foi consecuencia dun ou máis estados morbosos, anótanse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

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

(c) Preleucemia crónica

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

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesão que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conducion a morte. Anótase unha única causa, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou a defunção. En caso de accidente ou violencia, fírase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

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

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

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

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndrome sen ambigüedades.
4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepárase 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.

Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licencia para o enterro, que terá lugar transcurridos, alomenos, vinte e catro horas desde o momento da morte.

Reglamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licencia esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falecemento, a licencia tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estender a inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA
Tendose inscrito no Rexistro Civil de
la defunción de don ALFONSO BALO GARCÍA
a defunción de don/a
ocurrida a las
ocorrida ás

06:45 horas del día 18
de ABRIL de 2026

según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa del fallecimiento:

do fallecimiento
concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as

sean las 12 horas siguientes a la del fallecimiento.
12 horas do falecemento

Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA
Rexistro Civil de

A 18 de ABRIL
de 2026

A LLENADA



