

~~Rapida an palmier~~

FALLECIDO: Nombre FRANCISCO MALLÓN TUÑAS D.N.I. Nº 33220531K
id. de los padres BENIGNO Y ROSALÍA
Naturaleza A BAFA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 29 DE ABRIL DE 1935
Profesión Empresario Estado Casado Domicilio e/ Montero Río, 37-1º J
SANTIAGO.

Fallecimiento: Fecha: horas del día 17 de ABRIL de 20 20
Domicilio HOSPITAL GIL CASARES
Cementerio Crematorio COMPLETO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página
DECLARANTE D. Francisco Mallón Paredes (Hijo) D.N.I.
domiciliado en

L SEÑOR
D/ña. FRANCISCO MALLÓN TUÑAS (PANCHITO)
Exmp. Merin Tena Anosa -

falleció en en el día de a los años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a
Hijos Su familia, conmueve su fallecimiento

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

7/jul./2022
MISA - NO

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS/APELIDOS
MALLON
TUÑAS
NOMBRE/NOME
FRANCISCO

SEXO/SEXO NACIONALIDAD/NACIONALIDADE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO/DATE DE NACIMENTO
29 04 1935

NUM. SUPORTE VALIDEZ/VALIDEZ
BKT149302 01 01 9999

DNI 33220531K

675264

DOMICILIO/DOMICILIO
C. MONTERO RIOS 37 P01 J
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO/LUGAR DE NACIMENTO
A BARRA
A CORUÑA

FECHA DE/FECHA DE
BENIGNO / ROSALIA

IDESPBKT149302733220531K<<<<<<<
3504299M9901018ESP<<<<<<<<<<<<5
MALLON<TUÑAS<<FRANCISCO<<<<<<<<<

FALLECIDO

ES REINO DE ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33276465L

APELLIDOS/APELIDOS
MALLON
PAREDES
NOMBRE/NOME
ROSALIA

SEXO/SEXO NACIONALIDAD/NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO/DATE DE NACIMENTO
17 07 1968

EMISIÓN/EMISSION VALIDEZ/VALIDEZ
07 06 2023 07 06 2033

NUM. SUPORTE
CFE183000

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

686976

DOMICILIO/DOMICILIO
AVDA. MAIA 103 02 P03 H
AMES
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO/LUGAR DE NACIMENTO
CHAPLETOWN
REINO UNIDO

HIJO DE/FILLO DE
FRANCISCO / JOSEFA

IDESPCFE183000733276465L<<<<<<<
6807175F3306079ESP<<<<<<<<<<<<9
MALLON<PAREDES<<ROSALIA<<<<<<<<<

SOLICITANTE (HIJA)



D./Dña. SUSANA CASTRO BANA

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en CHUS

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en



CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: FRANCISCO

1º Apellido del fallecido/a: MALLOW

2º Apellido del fallecido/a: TUNAS

Fecha de nacimiento: Día 29 Mes 04 Año 1935

Documento de identidad: D.N.I. Número: 33220531-K

Documento de identidad: Pasaporte Número:

Documento de identidad: N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: -

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 02:58 Día 17 Mes 04 Año 2026

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

Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria Lugar de trabajo Otro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) INFECCION RESPIRATORIACausas intermedias³ / Causas intermedias³
(b)Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(c)Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) SINDROME GENERALII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? Sí/Si No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? Sí/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/None Accidente laboral No/Non

Fecha del mismo: Día Mes Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/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 17 de 09 de 2016

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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 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 ☐ ☐

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 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 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 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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 ☐ ☐ Anos ☐ ☐

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas 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.

CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN TRANSITORIA, EMBALSAMAMIENTO Y OTRAS PRACTICAS EN CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS

Datos relativos al prestador de servicios funerarios

Denominación: FUNERARIA TANATORIO APOSTOL SANTIAGO S.L	C.I.F.: B15657901
Nº de inscripción en el registro: La Coruña, Tomo 2121, Folio 17, Hoja C-21527, Insc. 1ª	
Nombre, apellidos y nº de DNI del representante legal: José Domínguez Pérez	DNI: 33200436 M

Datos relativos al establecimiento funerario en que se realiza la técnica

Denominación: COMPLEJO FUNERARIO APÓSTOL
Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO, S.L.
Ubicación del establecimiento: RÚA BOISACA, 11 – SANTIAGO DE COMPOSTELA

Datos relativos al profesional que realiza la técnica

Nombre apellidos y nº DNI del profesional: JOSÉ MANUEL RODRIGUEZ CASTELAO	DNI: 44813362R
Titulación: Tanatopractor (Grado Superior tanatopraxia – Gobierno Xunta de Galicia)	
Certificado de profesionalidad 12/16/TR/SAN00140	

Datos relativos a la persona fallecida

Nombre y apellidos: FRANCISCO MALLÓN TUÑAS			Nacionalidad: ESPAÑOLA
Dni/Pasaporte: 33220531K	Sexo: HOMBRE	Edad: 90	Fecha nacimiento: 17 DE ABRIL DE 2026
Fecha, hora y lugar de fallecimiento: 17 DE ABRIL DE 2026 A LAS 02:58 H. EN HOSPITAL GIL CASARES			
Causa fallecimiento: INFECCIÓN RESPIRATORIA – SINDROME GENERAL ICC			
Destino final: CREMATARIO COMPLEJO APÓSTOL - SANTIAGO			

Siendo las 09:45 horas, reconocido el cadáver, se procede a aplicar las técnicas siguientes:

Práctica realizada:

- ☐ Conservación transitoria:
- ☐ Refrigeración
- ☐ Congelación
- ☐ Otros (descripción)

Técnica utilizada (descripción): Administración de líquido conservante (Arthyl 24, Thanyl 22) en cavidades, así como infiltración de planos musculares profundos y superficiales.

☐ Embalsamamiento:

Técnica utilizada (descripción): Inyección de líquidos conservantes (Formol 40%, Alcohol 96º y Agua destilada) con disección de paquetes neurovasculares en carótida, así como inyección de líquido conservante en planos musculares profundos del tronco.

☒ Extracción de Marcapasos

El presente certificado se expide de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 140/2011 de fecha 4 de febrero de Ley de Policía Sanitaria Mortuoria.

En Santiago, a 17 de abril de 2026

El profesional que realiza la técnica

JOSÉ MANUEL RODRÍGUEZ CASTELAO

44813362-R

TANATOPRACTOR

12/16/TR/SAN00140

José Manuel Rodríguez Castelao
44813362R

Sello, nombre y Firma Representante de empresa



**Funeraria - Tanatorio
Apóstol Santiago S.L.**

CIF: B15657901

Rúa Boisaca, 11

15890 Santiago de Compostela

24 HORAS: 981 58 06 69

José Domínguez Pérez
33200436M



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 **17** de **ABRIL** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **FRANCISCO MALLON TUÑAS** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33220531K** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **17 DE ABRIL DE 2026** a las **02:58** 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.



