

FALLECIDO: Nombre Isaura Gonzalez Frade D.N.I. N° 330445024
id. de los padres Manuel Celso
Naturaleza Ames Provincia Cauas
Día, mes y año de nacimiento 9-8-1936
Profesión 48-Ames Estado Casada Domicilio Aquapexada

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 19 de Jul de 2016
Domicilio Aquapexada 1° 48-Ames
Cementerio Santo Tomas de Ames Ayunt.° Ames

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

D/ña. Isaura Gonzalez Frade L.D. SEÑOR D. _____

falleció en Aquapexada Ames en el día de 19-7-2016 a los 89 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposa/a Jore Ray Casar Isaura (+)
Hijos Celso, Pilar, Jore Manuel Ray Gonzalez

Hijos políticos Maximino Suarez n. belanda, Jore, y Mercedes Bayon
Manu

Padres padres: Jore Manuel, Cruz Celso, y Antia.

Abuelos padres políticos: Juan y Paula

Padres políticos Bisnietos: LBA, Alfo, e Lia.

Hermanos Manuel (+) y Paulino (+) Gonzalez Frade.

Hermanos políticos S.

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos S. Primos f.

y demás familia.- Conducción _____

Funerales Jueves 18:30- Salida

en la iglesia de Santo Tomas de Ames

CASA MORTUORIA: apostal. 2.

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

fu

A Coruña
Colegio de

Colegio de

105956510

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña.
D. / Dña.

Omar Alberto Delgado Recalde

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiatura
Nº de colegiaturaen Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional enA Coruña
Bertemiranscon el número
co número

151511033

Nº colegiación
Nº de colegiatura

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:
Nome do falecido/a:

Isaura

1º Apellido del fallecido/a:
1er Apellido do falecido/a:

Gonzalez

2º Apellido del fallecido/a:
2º Apellido do falecido/a:

Frade

Fecha de nacimiento
Data de nacementoDía
Día

09

Mes
Mes

08

Año
Año

1936

Sexo:
Sexo:Varón
VarónMujer
MullerDocumento
de identidad:
Documento
de identidade:D.N.I.
D.N.I.
Pasaporte
Pasaporte
N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
N.I.E. (Tarxeta de Residencia)Número:
Número:
Número:
Número:
Número:

33041507-Y

Número:
Número:Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunciónHora : minutos
Hora : minutos

16:45

Día
Día

19

Mes
Mes

04

Año
Año

2026

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

Ames

Domicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de traballoOtro lugar
Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) Parada Cardiorrespiratoria

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b) Insuficiencia Respiratoria Aguda

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
Años

Debido a/Debido a

(c) Síndrome de Broncoaspiración

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) Demencia Avanzada

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

¿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
Accidente de tráfico

No/Non

Accidente laboral
Accidente laboral

No/Non

Fecha del mismo:
Data do mesmo:Día
DíaMes
MesAño
AñoContinúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Si ☒ 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 Bertamirans 19 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 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 este a su vez inferior o igual a I.(c) y así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, es decir, hay que expresar el periodo 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

4 5
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

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

(c) Pielonefritis crónica debido a 2

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 5

II 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 1 0

Otras recomendaciones

Horas Días Meses Años

- 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 preenchimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se remate pela causa inicial ou fundamental, é dizer, numa orde natural de arriba para a abaixo, respondendo as palavras "debido a" que facilitan a compreensão do conceito de sequência lógica, tan importante para a selección da Causa Básica de Defunção.

Causa básica de defunção: "Enfermidade ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram directamente 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 afeição e o momento da defunção, de tal forma que no 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 son mutuamente excluyentes, é dizer, hai que expresar o periodo nunha única unidade de tempo e tan so hai que encher unha por proceso e liña. Si houber que anotar mais dun proceso nunha liña, o tempo anotado debe corresponder ao primeiro proceso informado o máis importante).

Nota: Cada unidade de tempo admite ata o numero 99.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

4 5
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 3

3 Causas intermedias

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

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

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial debido a 2

(c) Pielonefrite crónica debido a 2

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron a morte. Anotarase unha única causa, a que fose desencadenante de todo o proceso que levou a defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descripción das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático 1 0

II Horas Días Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes 1 0

Otras recomendacións

Horas Días Meses Años

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

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO / CREMACIÓN
OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE AMES
EXPEDIENTE NÚM. 20260420/006812 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada la defunción de D^a. **ISAURA GONZÁLEZ FRADE**, con Documento Identificativo DNI núm. **33.041.507-Y**, y con último domicilio conocido en **Lugar de Aguapesada nº48º en Ames (A Coruña), España**, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha del deceso el día **19 de abril de 2026**, a las **16:45** horas, ocurrida en su domicilio:

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/cremar el cadáver de la persona referida, una vez transcurran **doce horas** desde la hora de fallecimiento.

En Ames, a **20 de abril de 2026**.



