

6/5/9

FALLECIDO: MARÍA DEL CARMEN CABEZA GONZÁLEZ TA: 23\$
 Fecha de fallecimiento 5 DE MAYO DE 2026
 Domicilio H. Cúinicó
 Teléfonos: 627078862-1 DLS E-mail: SAUTRA LUCIA

ENTRAR EN CUERPO

FALLECIDO: Nombre MARIA DEL CARMEN CABEZA GONZÁLEZ D.N.I. Nº 33016248-R
id. de los padres MIGUEL / MARIA CARMEN
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 25 DE OCTUBRE DE 1929
Profesión Estado VIUDA Domicilio C/REPÚBLICA DEL SALVADOR
Nº13-4ºD-SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 11:00 horas del día 5 de MAYO de 2026
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO

Cementerio BOSACA Ayunt.º SANTAGO
Cónyuge: Nombre LUIS BASTEIRO SANLUIS (+25 OCTUBRE 2005)

LIBRO DE FAMILIA Tomo; Página
DECLARANTE D. (.....) D.N.I.
domiciliado en

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

y demás familia.- Conducción

Funerales

en la iglesia de

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE

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

www.funeraia-apostol.com

SEP 3197
Propiedad del MARCO.

SEP. 66-18
MARIA CABEZA ANIDO

APOSTOL
FUNERARIA | TANATORIO

627078862- Luis.

H. Clínico Cardio-2

+ H. del Carmen Cabeza
González.

Sta. Lucía.

APOSTOL
FUNERARIA | TANATORIO
MARIA CABEZA - 2024-11-20-16-06-18
SEP 16618
H. Clínico Cardio-2
PRIMO
HEREDERO

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
CABEZA

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
GONZALEZ

NOMBRE / NOME
MARIA DEL CARMEN

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
25 10 1929

IDESP
ACX125400

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

M. Cabera

CGM

DNI NÚM.
33016248R



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

PROVINCIA PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA

HIJO DE / FILLO DE
MIGUEL / MARIA CARMEN

DOMICILIO / DOMICILIO
C. REPUBLICA SALVADOR 13 P04 D

LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

PROVINCIA PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPACX125400533016248R<<<<<<<
2910253F9901018ESP<<<<<<<<<<<<6
CABEZA<GONZALEZ<<MARIA<DEL<CAR

REINO DE ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33290083K

DNI **33290083K**

CDP106345

APellidos / APELIDOS
BASTEIRO CABEZA

NOMBRE / NOME
LUIS MIGUEL

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

NACIMIENTO / NACIMENTO
30 05 1971

EMISION / EMISSION VALIDEZ / VALIDEZ
04 10 2022 04 10 2032

NUM SOPORTE
CDP106345

[Signature]

788288

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE



DOMICILIO / DOMICILIO
C. REPUBLICA SALVADOR 13 P04 D

SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

A CORUÑA

HIJO DE / FILLO DE
LUIS / CARMELA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPCDP106345933290083K<<<<<<<
7105306M3210042ESP<<<<<<<<<<<<4
BASTEIRO<CABEZA<<LUIS<MIGUEL<<

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Direitos autorizados, I.V.E. incluido.

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



Colegio de



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105968854

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Jose Maria Vieitez Florez

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en Lugo

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en Santiago

e con exercicio profesional en

, con el número

, co número

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

272873788

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARIA DEL CARMEN

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

CABEZA

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

GONZALEZ

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.

Número:

33016248-R

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte

Número:

Documento
de identidad:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

¿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 traballo

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 aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) DISOCIACIÓN ELECTRO-MECÁNICA

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) ROTURA CARDIACA

Horas 01 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

(c)

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Horas 00 Días 01 Meses 00 Años 00

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

ESTENOSIS AORTICA SEVERA

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 05

¿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/Non ☒ Accidente laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Si/Si ☐ Accidente laboral Si/Si ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/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 próteses

En Santiago, a 5 de Mayo de 2026
En _____, a _____ de _____ de _____

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

☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐
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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 6 ☐
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 ☐
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, 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 dizer, 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 excluyentes, é decir, 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

☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐
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, anotarase 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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 6 ☐
Horas Días Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
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 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 **06** de **mayo** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA DEL CARMEN CABEZA GONZÁLEZ** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **36036178R** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **05 DE MAYO DE 2026** a las **11:00** 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.



