

OTROS CONCEPTOS

Centro Mod. 1. F. ~~PAGAR~~ 3.1038
 Centro Mod. 1. C. ~~PAGAR~~ 3.1040

FALLECIDO: MARIA DOLORES RON ARES TA. 318
 Fecha de fallecimiento 16- Junio - 2026 S.C. 170
 Domicilio H- Conxo
 Teléfonos: 686 015 496 E-mail: maria.1502@unh.uy

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	Eco	Medida	190/104340 730'38
Capilla ardiente	Quintana	Sala Prep. si	Libro si 656 55 2895
Gestión funeraria	si	☐ Tramitación UUV	177
Carroza traslado	H- Conxo - Conxepo		109
Prensa	Correo 3		375
Radio			
Recordatorios fúnebres / tarjetas			
Ómnibus acompañamiento			
Turismo	id. M ³ Zepeda S. Fernando		46
Certificado médico	si	Registro Civil: Santiago	3
Carroza		Personal	116 13270
Ayunt.º: Sepultura	5723 Boisaca, Huelo 10:30 viernes 19/6/26		
Iglesia	Capilla Tanatorio		154
Incineración	Crematorio 13:00	Urna:	360 7530
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	Corona: Tus hijos	Funeral: 4 de 11 60	
Flores	Corona: Tus niños		146
			146
			306 7530

☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Maria Dolores Ron Ares D.N.I. N° 330198771
id. de los padres Nemesio / Adela
Naturaleza Stgo Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 12-4-1929
Profesión _____ Estado Viuda - Domicilio c/ Ramón Cataniñas
6-3°C - Stgo

Fallecimiento: Fecha: 20:05 horas del día 16 de 6 de 20 26
Domicilio H. Conxo
Cementerio Crematorio Ayunt.º _____

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. M.ª Adela Ballesteros Ron (Mip) D.N.I. 332438971
domiciliado en El mismo

D/ña. Maria Dolores Ron Ares L SEÑOR C. Uda de Florencio Ballesteros
Thia
falleció en Santiago en el día de hoy a los 97 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos Adela, Maria, Maria Jesus, Maria y Juan y Puri

Hijos políticos _____

Padres Niebo: Martiño, Iago y Alejandro

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos no y demás familia.

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos _____ Primos _____

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de Capilla

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

España

NOMBRE / NOME
MARIA DOLORES

PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLIDO
RON

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
ARES

EXPED. 03-08-2002 VAL. PERMANENTE
IDESP

Ministerio del Interior

FALLECIDA

DOMICILIO / DOMICILIO
C. RAMON CABANILLAS 6 P03 C
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA

15771601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA

HOJA DE FAMILIA DE
FLORENCIO / CELSA BALBANERA

IDESPBPPE149236333243897L<<<<<<
6011284F3107058ESP<<<<<<<<<<<0
BALLESTEROS<RON<<MARIA<ADELA<<

SOLICITANTE (HIJA)

D./Dña. Natalia Ruiz González

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

A Coruña

, con el número

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

Santiago de Compostela

, co número

y con ejercicio profesional en

e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

153809439

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

MARÍA DOLORES

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

RON

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

ARES

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.

D.N.I.

Número:

Número:

33019877-L

Documento

☐ Pasaporte

Pasaporte

Número:

de identidad:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

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

Domicilio particular
Domicilio particular

Centro hospitalario
Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo
Lugar de traballo

Otro 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 aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) DETERIORO COGNITIVO AVANZADO

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

INFECCIÓN RESPIRATORIA

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

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

Sí/Sí

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Sí

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
Sí/Sí

Accidente laboral
Accidente laboral

No/Non
Sí/Sí

Fecha del mismo:
Data do mesmo:

Día
Día

Mes
Mes

Año
Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem 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 próteses

En Santiago, a 16 de junio 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 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐
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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐ ☐
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 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 defunção: "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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Anos

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐
Horas Días Meses Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐
Horas Días Meses Anos

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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐
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: Diabetes

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐
Horas Días Meses Anos

Otras recomendacións

- 1.Empregar máiusculas 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 **17** de **JUNIO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA DOLORES RON ARES** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE **33019877L** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **16 DE JUNIO DE 2026** a las **20:05** 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.



